RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

PROT. N°

…l… sottoscritt…..... quale.....

Richiede il rilascio della copia della Cartella Clinica relativa al ricovero del paziente:

Sig. .....

Nat….a ..... il .....

Avvenuto dal ...../...../..... Al ...../...../.....

Data ...../...../..... C.C. N° ...../..... REP .....

C.C.N° ...../..... REP .....

IL RICHIEDENTE .....

Ricevuta di pagamento N° ..... Visto Contabilità

.....

MODELLO DELEGA

…l… sottoscritt… .....

Delega il Sig. ..... al ritiro della Cartella Clinica.

CONSEGNA

Data e Firma .....

COMPILARE IN CASO DI SPEDIZIONE

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE: .....

SPEDIRE A: NOME ..... COGNOME .....

INDIRIZZO E-MAIL: .....

RECAPITO TELEFONICO: .....

N.B. Nel caso in cui la cartella clinica viene ritirata da terzi è obbligatorio riempire lo spazio apposito per le deleghe, con relativi documenti allegati del paziente e di chi ritira.
PER INFO. RITIRO CHIAMARE ALLO :0823/391579 OPPURE 0823/391578