



## RICHIESTA DI COPIA DI ESAMI STRUMENTALI SU CD

PR/ACC-01

Rev. 0

Pagina 1 di 1

Si richiede la copia dell'esame strumentale eseguito al sig./sig.ra

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

- Eseguito presso il Servizio di Radiologia il \_\_\_\_\_
- Ricoverato nel reparto di \_\_\_\_\_ Cartella n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### Costo degli esami:

Copia su CD di RMN  € 20,00

Copia su CD di TAC  € 20,00

Copia su CD di Rx  € 20,00

Richiesta spedizione a domicilio  € 10,00

Data \_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_

### Spazio riservato al delegante

Il sottoscritto delega per il ritiro della copia del cd il/la sig.:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Domiciliato in: \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° civ \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del documento di identità del delegante

Il delegato dovrà fornire in accettazione il proprio documento di identità di cui verrà trattenuta una fotocopia

