

Richiesta copia di esame Angiografico/Radiologia

Orari al pubblico: da lunedì a venerdì dalle ore 11.00 alle ore 15.00, sabato dalle ore 10.00 alle ore 12.00 - Fax. 02.58002266

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ Prov. _____ Ricoverato il _____

Cartella n. _____ Reparto _____

Regime di erogazione dell'esame: **SSN** **Privato**

CHIEDO CHE MI VENGA RILASCIATA SU SUPPORTO CD:

n° **Copia/e di esame**.....al costo unitario di **€ 20,00** (Iva compresa).

n° **Copia/e di esame**.....al costo unitario di **€ 20,00** (Iva compresa).

Eventuale cauzione versata (solo per esami non riproducibili pari a **€ 200,00** (duecento/00 Iva compresa).

Modalità di pagamento: Contanti/Bancomat/Carta di Credito
 Bonifico Bancario (IBAN: IT03 1056 9601 6000 0000 2658 X72 B.P. di Sondrio)
(Via s. Fulcorina, 1 - 20123 Milano)

Modalità di ritiro

Eseguirò personalmente il ritiro o mediante delega (sotto indicata) a persona di mia fiducia.

Richiedo l'invio per posta al seguente indirizzo al costo di € 10,00 (Iva compresa).

Nome Cognome _____ Via/Piazza _____

n° _____ Cap _____ Città _____ Prov. (___)

Milano, _____ Firma _____

Sollevo il Centro Cardiologico S.p.A. da qualsiasi responsabilità nel caso in cui l'esame venisse smarrito durante la spedizione.

Nota: in caso di delega, al momento del ritiro, la persona delegata dovrà esibire **la presente richiesta** unitamente al **proprio documento d'identità**, più l'originale / copia del documento d'identità del richiedente.

Il/la sottoscritto/a _____, essendo stato/a preventivamente
Informato/a sui contenuti del D.Lgs 196/03 che tutela la riservatezza dei dati personali:

DELEGO

Al ritiro della copia dei CD, il/la sig./ra _____

Nato/a il _____, a _____

Milano, _____ Firma _____

La presente richiesta quietanzata o la corrispondente fattura deve essere presentata sempre allo sportello per il ritiro del CD unitamente al documento di identità del titolare.