

Richiesta invio documentazione per posta con R.R.R.



A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I

Il sottoscritto _____

chiede l'invio della documentazione clinica per mezzo di Raccomandata con Ricevuta di Ritorno all'indirizzo sotto indicato:

NOME _____

COGNOME _____

VIA _____ N° _____

C.A.P. _____ CITTA' _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____