

RICHIESTA SCINTIGRAFIA



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

LASTRE N° _____

EURO _____

Il sottoscritto _____ chiede il rilascio della

Documentazione Clinica del Sig./ra _____

Nato/a il ____/____/____ A _____

Relativa al ricovero/presatazione del (data) ____/____/____

Presso il Reparto/Servizio di _____

Parte del corpo esaminata _____

Estremi del documento di riconoscimento _____

Trascorsi 60 giorni di giacenza, in caso di mancato ritiro della documentazione richiesta, questa amministrazione provvederà a richiedere il pagamento della stessa tramite bollettino di conto corrente intestato alla persona indicata a fondo pagina. In caso di ulteriore mancato pagamento si provvederà al recupero delle somme dovute per vie legali.

Data ____/____/____ Firma del richiedente _____

Firma del funzionario _____

VISTO: SI AUTORIZZA IL RILASCIO _____

Ritiro in data odierna la documentazione richiesta, liberando l'amministrazione dell'Azienda da qualsiasi responsabilità per l'eventuale uso illegale della stessa.

Data ____/____/____ Firma del richiedente _____

Firma del funzionario _____

Nome _____

Cognome _____

Via _____

C.A.P. _____ Città _____ Pr. _____