

Il/La sottoscritto/a	
Telefono	
Richiede <b>originali</b> di	<input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC
Richiede <b>copia</b> dell'esame diagnostico	Eseguito in data _____ Stampato su formato: <input type="checkbox"/> CD                      costo di € 15,00 + IVA

La cartella e/o l'esame diagnostico sarà spedito all'indirizzo:

(le spese postali sono a carico del richiedente )

La copia e/o l'esame diagnostico in originale sarà ritirata da me stesso

La copia e/o l'esame diagnostico in originale sarà ritirata dal Sig./Sig.ra

sollevando la Rugani Hospital da qualsiasi responsabilità in merito.

**\* Al momento del ritiro dovrà essere esibito un documento di identità di chi ritira e in caso di delega, anche un documento di riconoscimento del Delegante**

Siena, li \_\_\_\_\_ Il richiedente \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara di aver ritirato la copia sopra richiesta ( documento \_\_\_\_\_ )**

Siena, li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Spedita il \_\_\_\_\_ N° raccomandata \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_

Revisione

Verificato

Approvato

