CRISTO RE
OSPEDALE GENERALE
ROMA

MODULO RICHIESTA

SPEDIZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

All'Ufficio Archivio Clinico dell'Ospedale "Cristo Re"
e-mail: archivioclinico@ospedalecristore.it

Io Sottoscritto _____nato/a il _____
(Cognome e Nome del titolare della documentazione sanitaria)

Cod. Fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| n°tel _____

chiede che mi venga spedito _____ eseguito il _____
(specificare l'esame eseguito)

al seguente indirizzo:

Alla c.a. del Sig./Sig.ra :_____

Via _____ n°_____

Cap:_____ Comune:_____Prov:_____

esonerando l'Ospedale per la consegna della corrispondenza a indirizzi o in cassette domiciliari erronee, per l'abbandono, per lo smarrimento e/o danneggiamento della posta (con conseguenti pericoli per l´integrità o sottrazione della corrispondenza).

Data della Richiesta

_____

Il Titolare della richiesta

_____

Si allega documento di riconoscimento e copia ricevuta dell'avvenuto versamento

MODALITA' DI RICHIESTA

Per chiedere la spedizione della documentazione sanitaria, si prega di:

1. ***compilare il modulo in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile***
2. ***effettuare il pagamento di € 10,00 sul c/c intestato a Virginia Bracelli S.P.A. IBAN IT73 O056 9603 2270 0000 3609 X44, riportando nella causale il nome della paziente***
3. ***inviare per fax o per e-mail il modulo, ricevuta bonifico e copia documento di riconoscimento***