

MODULO PER RICHIESTA E/O RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a _____

nato/a

il _____ residente a

via _____ n.

documento d'identità n.

rilasciato da _____

il _____.

Chiedo

copia Cartella Clinica ricovero dal **al**

reparto di

MODALITÀ DI RITIRO

delego il Signor

ritiro di persona (copia cartacea) € 30,00

spedire al seguente indirizzo postale (copia cartacea) € 40,00

spedire al seguente indirizzo e-mail (formato PDF) € 25,00

Firma del richiedente

Firma del delegato

.....

.....

(Documento n°)

(Documento n°)

ALLEGARE FOTOCOPIA

ALLEGARE FOTOCOPIA

SIGLA AUTORIZZAZIONE
(Direzione Sanitaria)

DATA E FIRMA RITIRO

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario: intestato a G.B. Mangioni Hospital Srl
Causale:

Richiesta cartella clinica NOME E COGNOME del paziente

Banca Valsabbina - **IBAN** è IT 14 D 05116 02400 000000005695.

Compilare e spedire il modulo all'Ufficio Ricoveri ricoveri-gbm@gvmnet.it insieme alla copia del documento d'identità