

Intestatario della cartella/esami strumentali

Cognome e Nome _____ Nato a _____

il _____ Residente a _____ Prov. ____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Richiedente (compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Cognome e Nome _____ Nato a _____

il _____ Residente a _____ Prov. ____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____

IN QUALITA' DI: Genitore Erede (*che agisce in nome e per conto degli altri coeredi*) Amministratore di sostegno * Tutore * Curatore *

*(allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

CHIEDE **COPIA CARTELLA CLINICA:** REPARTO _____ Periodo di ricovero _____ **COPIA ESAMI STRUMENTALI:** RX TAC _____ del _____

Il tempo di consegna della fotocopia di cartella clinica è di circa 15 gg. dalla data di presentazione della richiesta purché siano trascorsi almeno 20 gg. dalla dimissione.

La tariffa per: copia di cartella clinica € 30,00 – copia cd esami strumentali € 30,00.

Modalità di evasione della richiesta: presentazione del modulo compilato all'ufficio accettazione dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 12:30; invio modulo compilato e pagamento a mezzo bonifico bancario, iban unicredit IT 02 W 02008 04624 000500011741 intestato a **Casa di Cura Macchiarella SpA** all'indirizzo

e mail accettazione@casadicuramacchiarella.it.

Indicare la modalità di ritiro:

Ufficio accettazione dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 12:30 presentando un documento di identità; in caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche delega e documento di identità del delegante.

Servizio spedizioni Factotum con tariffa, a consegna, a carico del destinatario:

- Spedizione Italia escluso Isole minori e cap disagiati € **26,00** compreso Iva
- Spedizione Italia e isole minori e cap disagiati € **36,00** compreso Iva
- Spedizione nella stessa città "**PALERMO**" € **6,00** compreso Iva

Il sottoscritto ai sensi del D.LGS 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge

Delego al ritiro il/la Sig./Sig.ra _____ nato a _____
il _____ (allegare fotocopia del proprio documento di riconoscimento)

Palermo, _____ **Firma del richiedente** _____

Per il Ritiro

Estremi del documento di riconoscimento di chi ritira (paziente/delegato) _____

Data e Firma di chi ritira (paziente/delegato) _____