MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

( Da inviare al seguente indirizzo email : s.morini@casadicurasgiovanni.it )

Oppure tramite fax al seguente numero telefonico : 02-48705681

Io sottoscritto/ a ……………………………………………………………………..………….

residente a …………….. ………………….. in via ………………………………… n°…….

chiedo che mi venga rilasciata una copia della cartella clinica relativa alla mia degenza dal……………..al…………….. presso la Casa di Cura San Giovanni.

Firma Data

……………………………………… ………………………

N.B. :

si deve allegare :

* Copia del vaglia postale ordinario di €. 25,00 intestato alla Casa di Cura San Giovanni , con causale : richiesta di cartella clinica del Paziente ……………………..

Oppure :

* Copia del bonifico bancario di €. 25,00 intestato alla Casa di Cura San Giovanni , banca : Intesa San Paolo , codice IBAM : IT18G0306909563000006276176 , con causale : richiesta di cartella clinica del Paziente ……………………..