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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

⃝ Richiedo spedizione della copia della cartella clinica presso (il costo è pari a €35,00)

|  |
| --- |
| Via  |
| Citta’ |  |
| Prov. |   | CAP |  |

⃝ Provvederò al ritiro presso la clinica (il costo è pari a €30,00)

Qualora venisse incaricato un delegato, munirsi di delega e copia dei documenti d’identità.

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  Firma |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

N.B. :

Al presente modulo occorre allegare :

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

Oppure :

* Copia del bonifico bancario intestato alla Casa di Cura San Giovanni , banca : Intesa San Paolo , codice IBAN : **IT18G0306909563000006276176** , con causale : “richiesta di cartella clinica del Paziente ……………………..”.