

Il/La sottoscritto/a	
Telefono	
Richiede copia della propria	<input type="checkbox"/> cartella clinica Per il ricovero dal _____ al _____
Richiede originali di	<input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC

La cartella e/o l'originale dell'esame diagnostico sarà spedito all'indirizzo:

La cartella e/o l'originale dell'esame diagnostico sarà ritirata da me stesso

La cartella e/o l'originale dell'esame diagnostico sarà ritirata dal Sig./Sig.ra

sollevando la Rugani Hospital da qualsiasi responsabilità in merito.

- \* La consegna di quanto richiesto avviene entro 7 giorni dalla data della presente
- \* Al momento del ritiro dovrà essere esibito un documento di identità di chi ritira e in caso di delega, anche un documento di riconoscimento del Delegante

Siena, li \_\_\_\_\_

Il richiedente \_\_\_\_\_

**N.B.**

\* La copia della cartella clinica ha un costo di € \_\_\_\_\_ più le spese postali, per il quale viene rilasciata regolare fattura successivamente.

**Il sottoscritto dichiara di aver ritirato la copia sopra richiesto ( documento \_\_\_\_\_ )**

Siena, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_