



PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA LETIZIA S.R.L

TEL 0862-46061 FAX 0862-461810

S.S .80 n° 25/B – 67100 Preturo(L'Aquila)

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il ____/____/____ e residente in via _____ n° ____
C.A.P. _____ località _____ provincia _____
Cell _____

CHIEDE

Che venga rilasciata n° ____ copia della cartella clinica del ____/____/____ relativa al ricovero
Effettuato nel reparto di _____ **Dott.** _____

Si prega di barrare le caselle interessate

- Copia digitale della cartella clinica sul CD (€25).
 Copia cartacea della cartella clinica (€50).

RITIRO:

- Si autorizza la casa di cura alla spedizione della copia della cartella clinica, esonerando la stessa.
 Da eventuali rischi di smarrimento ovvero intolleranze alla legge 675/96.
(gli oneri delle spese di spedizione, effettuate con RR, sono a carico del destinatario)
 Si ritira copia della cartella clinica in sede.

PAGAMENTO:

- Si effettua il pagamento di :
- € 50,00 (Cinquanta, 00)per la copia cartacea OPPURE € 25,00 (Venticinque, 00)per la copia digitale sul CD.
sul C/C CREDITO EMILIANO SPA S.S. 17 OVEST, LOCALITA' VETOIO 67100 L'AQUILA (AQ) intestato a: Presidio Ospedaliero Villa Letizia s.r.l. IBAN: IT 69 S 03032 03600 010000003103
- Pagamento in sede di € 50,00 (Cinquanta, 00)per la copia cartacea OPPURE € 25,00 (Venticinque, 00)per la copia digitale sul CD.

DELEGA:

Per il ritiro della cartella clinica delego ed autorizzo il Sig. _____
Nato a _____ residente in _____ località _____ prov _____
Prevvia presentazione del documento di riconoscimento e di delega al ritiro debitamente autenticata nella firma, che saranno allegati alla presente.

Data

Firma per accettazione

Parte riservata all'azienda Prot, n° _____ del _____

DATI RELATIVI AL PAGAMENTO

- IL PAZIENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO TRAMITE BOLLETTINO POSTALE
 IL PAZIENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO IN SEDE

Fattura n° _____ del ____/____/____ Firma addetto/a _____