

**PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA LETIZIA S.R.L****TEL 0862-46061 FAX 0862-461810****S.S .80 n° 25/B – 67100 Preturo( L'Aquila )**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**Che venga rilasciata n° \_\_\_\_ copia/e 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 € 50,00.  
 Copia cartacea della cartella clinica € 100,00.

**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:

- € 100,00 (Cento,00) per la copia cartacea OPPURE € 50,00 (Cinquanta,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  
NB: indicare nella causale del bonifico COGNOME e NOME del PAZIENTE
- Pagamento in sede di € 100,00 (Cento,00) per la copia cartacea OPPURE € 50,00 (Cinquanta,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. \_\_\_\_\_  
 previa presentazione del documento di riconoscimento e di delega al ritiro debitamente autenticata nella firma, che saranno allegati alla presente.

**Data****Firma del Paziente per accettazione**

Parte riservata all'azienda Prot, n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL PAGAMENTO**

- IL PAZIENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO  
 IL PAZIENTE HA EFFETTUATO IL PAGAMENTO IN SEDE

Fattura n° \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma addetto/a \_\_\_\_\_