



PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA LETIZIA S.R.L

TEL 0862-46061 FAX 0862-461810

cartellaclinica@villaletizia.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente in via _____ n° ____
C.A.P. _____ Comune _____ provincia _____
Cell (obbligatorio) _____ email (obbligatoria) _____

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 **via email** € 52,00.

RITIRO:

Si autorizza la Casa di Cura alla spedizione tramite **posta elettronica**.

PAGAMENTO:

Si effettua il pagamento di:

€ 52,00 (Cinquantadue,00) per la copia digitale sul C/C BANCA FUCINO (AQ) intestato a:
Presidio Ospedaliero Villa Letizia s.r.l. IBAN: **IT08V 03124 03600 000000 233673**
NB: indicare nella causale del bonifico COGNOME e NOME del PAZIENTE

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 _____