

CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

Via Gennargentu, 2 - 09048 Sinnai (CA)

Tel 070/782066 - Email info@cmsantavittoria.it

RICHIESTA DI COPIA ESAME

(Si prega di compilare tutti i campi, scrivere in stampatello e in modo chiaro e leggibile)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

chiede la copia del referto e delle immagini dell'esame:

eseguito in data ____ / ____ / ____

tipo esame _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE

Data ____ / ____ / ____

Questo modulo deve essere inviato all'indirizzo e-mail info@cmsantavittoria.it, insieme a:

- copia del documento di identità del richiedente;
- ricevuta del bonifico di € 10,00 intestato a Centro Medico Santa Vittoria
IBAN IT04 W030 6944 0311 0000 0003 323