

CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

Via Gennargentu, 2 - 09048 Sinnai (CA)

Tel 070/782066 - Email info@cmsantavittoria.it

RICHIESTA DI SPEDIZIONE REFERTO

(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 spedizione a mezzo corriere espresso del referto e delle eventuali immagini (cd) relativi

all'esame eseguito in data ____/____/____ al seguente indirizzo:

Nome indicato sulla porta/campanello/ecc _____

Indirizzo _____ N _____

Comune _____ Provincia _____

C.A.P. _____ Recapito Telefonico _____

Il Sottoscritto dichiara inoltre:

- di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc);

- di esonerare il predetto Centro da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta del referto richiesto.

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