

Centro Chirurgico S. Paolo S. r. l.
Presidio autonomo Day-Surgery
Via del Quadrifoglio 3, 51100 Pistoia
P. iva 01252090475
Tel 0573/380481 – 0573/381518 Fax. 0573/985014
www.centrochirurgicospaolo.it – info@centrochirurgicospaolo.it

Richiesta copia cartella clinica

Data _____

Il/La sottoscritto/a

Nato/a.....**il**.....

Residente a

.....**Cap.**.....**Via**.....

Telefono n°

- **Chiede copia della cartella clinica del ricovero del**.....

Eseguito dal Dott......

- **Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.**
- **Invia € 40,00 per diritti di segreteria a mezzo vaglia postale o bancario
IBAN : IT 55 L 08639 13800 00000004521**

La delega, come sopra conferita , esime il Centro Chirurgico, da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dalla circolazione dei dati, anche anagrafici, contenuti nella documentazione consegnata.

Data..... **Firma**.....

Consegnata il..... **Firma di chi ritira**.....

Estremi del documento di riconoscimento di chi ritira(paziente o delegato)