

**Inoltrare la richiesta unitamente ad un documento di riconoscimento tramite e-mail a:**  
[refertionline.radiologia@ic-cittastudi.it](mailto:refertionline.radiologia@ic-cittastudi.it)

## **RICHIESTA ON LINE DEL REFERTO E DELLE IMMAGINI RADIOLOGICHE**

**Richiesta valida solo per gli esami AMBULATORIALI**

Con riferimento all'esame eseguito al sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Recapito tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Duplicato di esame ambulatoriale \_\_\_\_\_ eseguito in data: \_\_\_\_\_

**Si richiede copia di documentazione radiologia esclusivamente ambulatoriale, ON LINE \_\_\_\_\_ € 10,00**

*Alla richiesta allegata alla e-mail dovrà essere inclusa la ricevuta del bonifico bancario:*

**INTESTATO A:** Istituto Clinico Città Studi

**CIN:** 0 **ABI:** 03069 – Intesa Sanpaolo SPA **CAB:** 11310 – Pavia – Viale C. Battisti 18

**COORDINATE BANCARIE:** IT5800306911310100000000756

**CAUSALE:** nome, cognome, "copia immagini on line", Data accettazione

(esempio: MARIO ROSSI - "COPIA IMMAGINI ON LINE" - 20/11/2023)

**La copia della fattura, relativa al pagamento con bonifico bancario, verrà inoltrata via e-mail**

**MAMMOGRAFIA**    **MOC**    **RMN**    **RX**    **TAC**

**Si richiedono le credenziali di autenticazione per accedere al sito** (credenziali presenti sul foglio ritiro del referto)

*Nel caso il richiedente sia diverso da chi ha effettuato l'esame, inviare anche copia del documento di identità del richiedente.*

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_