

RICHIESTA DI COPIA DI IMMAGINI RADIOLOGICHE

Con riferimento all'esame eseguito al sig./sig.ra _____

nato/a a: _____ il _____ Recapito tel. _____

Ricoverato/a presso il Pronto Soccorso in data _____

Ricoverato/a presso Unità Operativa _____ dimissioni in data: _____

Duplicato di esame ambulatoriale _____ eseguito in data: _____

Si richiede copia delle relative immagini:

Rx (un esame) _____ € 20,00

Rx (due o più esami) _____ € 50,00

Si richiede copia su CD:

RMN _____ € 20,00

TAC _____ € 20,00

Mammografia _____ € 20,00

Rx _____ € 20,00
(per ogni DVD richiesto)

La consegna avverrà entro 5 giorni lavorativi

Consegna urgente (entro due giorni lavorativi): supplemento € 15,00

Spedizione a mezzo posta (SOLO per richieste ordinarie): supplemento € 10,00

Spedizione a mezzo posta in contrassegno (SOLO per richieste ordinarie): supplemento € 15,00

In allegato la delega alla richiesta e copia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato

Data _____

Firma del Richiedente _____

Firma dell'Operatore _____

Rif. Amministrativo: N. Fattura _____ Euro _____

Data _____

Firma dell'Operatore _____

La copia dei radiogrammi è stata consegnata al Sig. _____

Data _____

Firma dell'Operatore _____

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali conferiti è disponibile al link www.ic-cittastudi.it alla sezione Privacy ed esposta presso l'Ufficio Ritiro Referti.

Il ritiro può essere effettuato a partire dalle ore 17.30 del giorno _____ presso la portineria di via Jommelli 2 e potrà essere ritirato anche nei successivi giorni feriali dalle ore 08.00 alle ore 19.00 e il sabato dalle ore 08.00 alle ore 12.00. Il ritiro dovrà avvenire tassativamente entro 30 giorni dalla data concordata; oltre questo termine dovrà essere presentata una nuova richiesta con relativo nuovo addebito delle spese.