

Inoltrare la richiesta unitamente ad un documento di riconoscimento tramite e-mail a:

segreteria.radiologia@ic-cittastudi.it

in caso non sia possibile inoltrare la richiesta tramite e-mail consegnarla, debitamente compilata e corredata dagli allegati richiesti, al Punto informazioni sito in Via Jommelli,2

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA

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

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

e-mail _____

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 (lastre):

Rx (un esame) _____ € 20,00

Rx (due o più esami) _____ € 50,00

Si richiede copia su DVD:

RMN _____ € 20,00

TAC _____ € 20,00

Mammografia _____ € 20,00

MOC _____ € 20,00

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

IN CASO DI DELEGA

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

MODALITA' DI RITIRO

La consegna avverrà entro 5 giorni lavorativi con le seguenti modalità di ritiro:

- presso il Punto Informazioni di Via Jommelli, 2
- a domicilio tramite posta.

Punto Informazioni di Via Jommelli, 2

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 13.00 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.

Spedizione postale

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

Al seguente indirizzo: Via _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

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.