



**ECORAD**  
Studio di Radiologia ed Ecografia



DELEGA SPEDIZIONE

Via Guglielmo Marconi 38, 89018 Villa San Giovanni (RC)  
☎ 0965.758156 @ info@studioecorad.it 📞 346.0924546

Direttore Sanitario  
Dott. Francesco Plastina

## DELEGA SPEDIZIONE ESAME / REFERTO

### DATI DEL PAZIENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO/A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DOC. IDENTITÀ TIPO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del paziente.

### ESAME PER IL QUALE SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE

TIPO DI ESAME \_\_\_\_\_  
ESEGUITO IN DATA GG / MM / AAAA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DELEGA ALLA SPEDIZIONE

SI RICHIEDE LA SPEDIZIONE A MEZZO SERVIZIO POSTALE, DEL REFERTO DEGLI ESAMI SOPRA INDICATI, PRESSO:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

Per il servizio è richiesto un contributo spese di € 8,50.

LI \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Il presente documento è disponibile sul sito web: [www.studioecorad.it](http://www.studioecorad.it)