



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