

Cartella clinica n° <i>(a cura della Casa di Cura)</i>	Nominativo:	
Presenza in clinica:	dal:	al:

Al Direttore Sanitario

Data richiesta: _____

Il sottoscritto

Nato/a a: _____ il: _____

estremi di un documento:

richiede a codesta Casa di Cura copia della cartella clinica.

Autorizzazione spedizione postale: si no

Al seguente indirizzo:

La cartella è stata inviata in data _____ con Raccomandata n° _____

Firma

Il sottoscritto

Autorizza l'amministrazione di Villa Salaria a rilasciare copia della propria cartella clinica

al sig.

Estremi di un documento del delegato

Estremi di un documento del delegante

Firma del Delegante

Firma Delegato

Data della consegna: _____

Il sottoscritto _____

Ha ricevuto dalla Casa di Cura Villa Salaria copia della Cartella Clinica.

Firma

La richiesta della cartella clinica può essere fatta al momento della dimissione o dopo la dimissione tramite fax o email a: vsalaria.cont@tiscali.it o fax al n. 06.8860442 con il presente modulo. La Direzione della Casa di Cura si impegna al rilascio della cartella clinica entro venti giorni lavorativi dalla data della richiesta.

N.B. La persona delegata deve presentare:

- 1. Proprio documento di riconoscimento**
- 2. originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante**

Il costo della PRIMA copia di cartella è di € 40.00. Il costo delle copie successive è di € 15,00.
Per l'invio postale il costo è di ulteriori € 5.00. Coordinate bancarie per bonifico: IBAN: IT76D0306905106100000012438 intestato a Villa Salaria S.r.l con causale "CARTELLA – NOME E COGNOME PAZIENTE".

Il ritiro può essere effettuato solo ed esclusivamente il LUN – MER – VEN dalle h 15.30 alle h 18.30