

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data richiesta: __/__/

SI PREGA DI PORTARE SEMPRE, ALL'ATTO DEL RITIRO, IL PRESENTE MODULO UNITAMENTE AD UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
--

MODALITA' DI RITIRO

Prima del ritiro, si pregano gli utenti di accertarsi della effettiva disponibilità della riproduzione della copia richiesta, telefonando al numero **0824/949211** dalle **ORE 08:00 alle ORE 20:00**. Il costo è di € 22,00 per consegna allo sportello

MODALITA' DI RICHIESTA:

Richiesta allo sportello: la richiesta può essere presentata dal diretto interessato o da un suo incaricato (con le modalità descritte nel modulo)

Richiesta per posta o email al seguente indirizzo **info@gepos.it**

inviando:

- Richiesta con contenuti del modulo
- Copia dei documenti di identità in corso di validità
- Copia della ricevuta di versamento (Euro 30,00) su vaglia postale intestato a Casa di Cura "GE.P.O.S" S.r.l. (**si prega di specificare S.r.l. altrimenti il vaglia non è valido**) Via Roma, 29
- 82037 Telese Terme (BN) con causale "pagamento copia cartella clinica paziente..."

oppure

- copia dell'avvenuto bonifico effettuato su **Casa di Cura "GE.P.O.S" S.r.l.**
- IBAN: IT91W0514274940CC1066067086 con causale pagamento **copia cartella clinica**
.....

Via Roma, 29 - 82037 Telese (BN)

Tel. 0824 949111

info@gepos.it - www.gepos.it | PEC: casadicuragepos@legalmail.it

Partita IVA. 00762200624 - Codice Fiscale. 04123320634

Mod. ACC.06

Rev.2

Ed.13/07/20

Intestatario della Cartella Clinica:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Cap. _____ Telefono: _____ E mail _____

Firma: _____

Ricoverato in data: _____ Dimesso in data: _____

Dal REPARTO DI: _____ N° Cartella Clinica _____

Acconsento al trattamento dei dati personali secondo l'art.13 del D.Lgs 196/03 ☐ SI ☐ NO Firma _____

DELEGA AL RITIRO

L'intestatario delega al ritiro il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

N.B. La persona delegata, al momento del ritiro, dovrà presentarsi con un documento di riconoscimento valido

Firma _____

Richiedente: (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Cap. _____ Telefono: _____ Firma: _____

E mail _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del D.p.r. 445/00, in caso di dichiarazioni mendaci

RITIRO

Estremi del Documento preso in visione: VEDI FOTOCOPIA

ALLEGATA Data del ritiro _____

SPEDIZIONE

Si richiede la spedizione al seguente indirizzo _____

N° di cellulare per facilitare la consegna (da stampare sull'etichetta) _____

Firma del Richiedente _____

Via Roma, 29 - 82037 Telese (BN)

Tel. 0824 949111

info@gepos.it - www.gepos.it | PEC: casadicuragepos@legalmail.it

Partita IVA. 00762200624 - Codice Fiscale. 04123320634