

Da inviare a mezzo fax al numero 0473 230518 o via mail all'indirizzo segreteria@villa-santanna.eu

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

ABHOLFORMULAR KOPIE KRANKENGESCHICHT

Il/la sottoscritto/a <i>Der/Die Unterfertigte</i>			
Nato/a a <i>Geboren in</i>		Il <i>am</i>	
Residente in <i>Wohnhaft in</i>		cap	
Via <i>Strasse</i>		Nr.	
Telefono <i>Telefonnummer</i>			

Ricoverato/a presso Il Centro di Chirurgia Sant'Anna
Stationär in der Tagesklinik St. Anna

Per uso / *für*:

- medico / *arzt*
- assicurativo / *Versicherung*
- Legale / *Rechtlichen Gründen*
- Altro uso consentito dalle leggi vigenti / *anderen gültigen Gesetzen*

Modalità di ricevimento:

- per posta
- ritiro presso la Struttura

Data / Datum

Firma / Unterschrift

Costo:

- Se il ritiro avviene presso la Struttura: € 30
- Se si richiede invio per posta: € 40

Pagamento eseguibile sul seguente c/c : Raiffeisenkasse Merano IT49C0813358593000040101167

Parte riservata all'amministrazione

- Pagato**
- Non Pagato**