



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

ABHOLFORMULAR KOPIE KRANKENGESCHICHTE

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

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 im Zentrum für Chirurgie St. Anna*

PER USO / FÜR:

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

COSTO:

- Se il ritiro avviene presso la Struttura: € 50
- Se si richiede invio per posta: € 50

MODALITÀ DI RITIRO:

- per posta ritiro presso la Struttura

DATA / DATUM

FIRMA / UNTERSCHRIFT

.....

.....

Parte riservata all'amministrazione

- Pagato Non Pagato

Pagamento eseguibile alle seguenti coordinate bancarie:

Raiffeisenkasse Merano IT10 L 08133 58593 000304011678