



## **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](mailto: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 la Casa di Cura Villa Sant'Anna / *Stationär in der Privatklinik Villa 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 Lagundo    IT43D0811258591000303205045  
Raiffeisenkasse Merano    IT12S0813358590000090101300  
Banca Popolare dell'Alto Adige    IT66Q0585658590040570102550

**Casa di Cura Villa Sant'Anna S.r.l.**

Via Cavour 58 - Cavourstraße 58 - 39012 Merano/Meran (BZ) - IT 01272510213  
Tel. +39 0473 23 64 80 - Fax. +39 0473 23 05 18 - [clinica@villa-santanna.eu](mailto:clinica@villa-santanna.eu)