

CASA DI CURA PRIVATA SAN PAOLO S.P.A.
Sede Operativa : Via Bonellina, 199 – 51100 Pistoia
Tel. 0573/380481 Fax. 0573/985014
E.mail: info@casadicurasanpaolo.it
Sito : www.casadicuraprivatasanpaolo.it
p. iva 06640750482

Richiesta copia cartella clinica

Data _____

Il/La sottoscritto/a

Nato/a.....**il**.....

Residente a

.....**Cap**.....**Via**.....

Telefono n°

- **Chiede copia della cartella clinica del ricovero del**.....

Eseguito dal Dott.....

- **Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.**
- **Chiede l'invio a mezzo vaglia postale di assegno € 40,00 per diritti di segreteria/ bonifico bancario IBAN : IT89V0892213803000000183748**

La delega, come sopra conferita , esime la Casa di Cura Privata San Paolo spa, da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dalla circolazione dei dati, anche anagrafici, contenuti nella documentazione consegnata.

Data..... **Firma**.....

Consegnata il..... **Firma di chi ritira**.....

Estremi del documento di riconoscimento di chi ritira(paziente o delegato)