

N. Richiesta _____
del _____
Reparto _____

Il/la sottoscritto/a _____ codice
fiscale _____ residente a _____ CAP _____ in via
_____ telefono _____ consapevole delle
responsabilità previste dall' art. 79 del D.P.R. n. 455/2000, in caso di dichiarazioni mendaci dichiara di essere :
(selezionare il campo d'interesse)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Delegato dall' interessato | <input type="radio"/> Amministratore di sostegno |
| <input type="radio"/> Genitore esercente la patria potestà | <input type="radio"/> Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi |
| <input type="radio"/> Tutore | <input type="radio"/> Altro _____ |
| <input type="radio"/> Curatore | |

CHIEDE

il rilascio della copia della Cartella Clinica del sigr/a _____ codice
fiscale _____ residente a _____ CAP _____ in via
_____ telefono _____, ricoverato/a in data _____ e
dimesso in data _____

- Da ritirare pro manibus (a mano)
- Da spedire al seguente indirizzo: _____

Data _____ in fede _____

- Con la compilazione del presente modulo, l'interessato, o un suo delegato, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati per il solo fine a cui è riferita la presente richiesta.
- Allegare alla presente richiesta, copia del documento di riconoscimento dell'intestatario della cartella clinica e nel caso il richiedente sia diverso dall'intestatario anche quello del richiedente.
- Non è previsto il rimborso per le eventuali somme indebitamente versate. L'ufficio Accettazione è a Sua completa disposizione per ogni eventuale ed ulteriori chiarimenti in merito al numero telefonico 0823 954109
- Si fa presente che il costo per singola cartella clinica è di 20,00 euro se si sceglierà il ritiro diretto, mentre, di 35,00 euro se si procederà alla spedizione a mezzo corriere con un surplus di 10 euro per consegna ai pazienti residente nelle isole.
- Il pagamento può essere effettuato secondo le modalità di seguito elencate:
 - 1) POS;
 - 2) Contanti;
 - 3) A mezzo bonifico bancario sulle coordinate IBAN IT34X0538775490000002511177 della Banca BPER con sede in Sant'Agata de' Goti (BN) intestato a CMR SpA ed indicando nella causale il nominativo del paziente. La copia del bonifico, la copia del documento d'identità e l'allegato modulo compilato e firmato dovranno essere inviati alla mail cmr_spa@legalmail.it o consegnati pro manibus all'ufficio accettazione.

Riservato all'ufficio

- Il documento richiesto viene consegnato
in data _____ al richiedente/delegato _____ identificato con il seguente
documento _____ n. _____ del _____ rilasciato da _____
firma per ricevuta _____
- Il documento viene spedito a mezzo _____ in data _____