

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED ESAMI STRUMENTALI

Si richiede la copia della documentazione del
sig./sig.ra.....

Nato/a:il.....

Recapito telefonico.....cell.....

Mail.....

Ricoverato/a presso

U.O.....dal.....al.....

Giunto al pronto soccorso in

data.....

TIPOLOGIA DOCUMENTAZIONE/ESAMI	PREZZO*	NUMERO COPIE	X
Copia su CD di RMN, TAC, Medicina Nucleare, Angiografia, Coronarografia, Ecocardio Transesofageo	€ 10,00		
Copia cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA, <i>lettera dimissione</i> . COPIA FORMATO ELETTRONICO	€ 10,00		
Copia cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA, <i>lettera dimissione</i> . COPIA FORMATO CARTACEO	€ 26,00		

*IVA INCLUSA

Modalità di ritiro/invio

Richiesta spedizione a domicilio	€ 9,00	
----------------------------------	--------	--

Se richiede la spedizione a domicilio, la preghiamo di compilare anche il modulo “richiesta di spedizione”

Data _____

Firma del richiedente _____

Firma dell'operatore _____

Rif. Amministrativo N.ricevuta _____ € _____

Data _____

Firma dell'Operatore _____

Allegare il presente modulo ed inviarlo a consegnadocumentazione sanitaria@hsr.it, con la copia del pagamento e della carta d'identità del paziente.

MODULO COORDINATE BANCARIE/POSTALI

UNICREDIT S.P.A

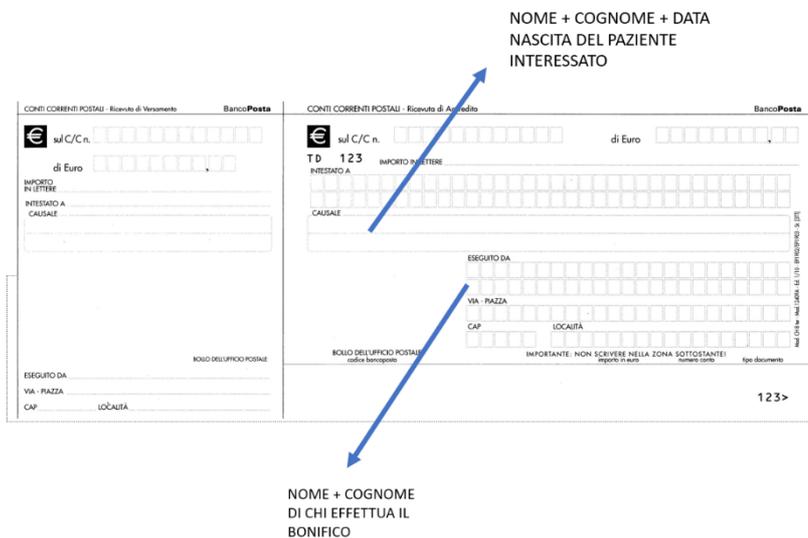
Filiale Corporate Operations & Customer Care Italy
Largo Francesco Anzani, 13 – 00153 ROMA – ITALIA

➤ **COORDINATE BANCARIE EUROPEE**
IBAN: IT33 J 02008 05364 000101973905

➤ **COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI**
BIC CODE: UNCRITMMORR

➤ **INTESTAZIONE C/C:**
OSPEDALE SAN RAFFAELE S.R.L
Via Olgettina, 60 – 20132 MILANO
C.F. e P.IVA 07636600962

**SIA PER BONIFICO CHE PER VAGLIA POSTALE E' OBBLIGATORIA LA CAUSALE:
COGNOME PAZIENTE + NOME PAZIENTE + DATA NASCITA DEL PAZIENTE INTERESSATO**



CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Versamento BancoPosta

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Asseverato BancoPosta

€ sul C/C n. di Euro

€ sul C/C n. di Euro

TD 123 IMPORTO IN LETTERE

INTERESSATO A

CAUSALE

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

CAP LOCALITA

ROLLO DELL'UFFICIO POSTALE codice bancario

IMPORANTE. NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE

importo in euro

turno carta

ipo documento

123>

NOME + COGNOME + DATA
NASCITA DEL PAZIENTE
INTERESSATO

NOME + COGNOME
DI CHI EFFETTUA IL
BONIFICO

Ospedale San Raffaele S.r.l.
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Via Olgettina 60 – 20132 Milano (MI) | Tel. +39 02.26431 | info@hsr.it
C.F., P.IVA e Reg. Imp. Milano 07636600962 – C.C.I.A.A. 1972938
Capitale Sociale € 60.817.200 i.v.

www.hsr.it_DSAN 2184