

## 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> . <b>COPIA FORMATO ELETTRONICO</b>	€ 10,00		
Copia cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA, <i>lettera dimissione</i> . <b>COPIA FORMATO CARTACEO</b>	€ 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](mailto:consegnadocumentazione sanitaria@hsr.it), con la copia del pagamento e della carta d'identità del paziente.**

## **MODULO COORDINATE BANCARIE/POSTALI**

### **UNICREDIT S.P.A**

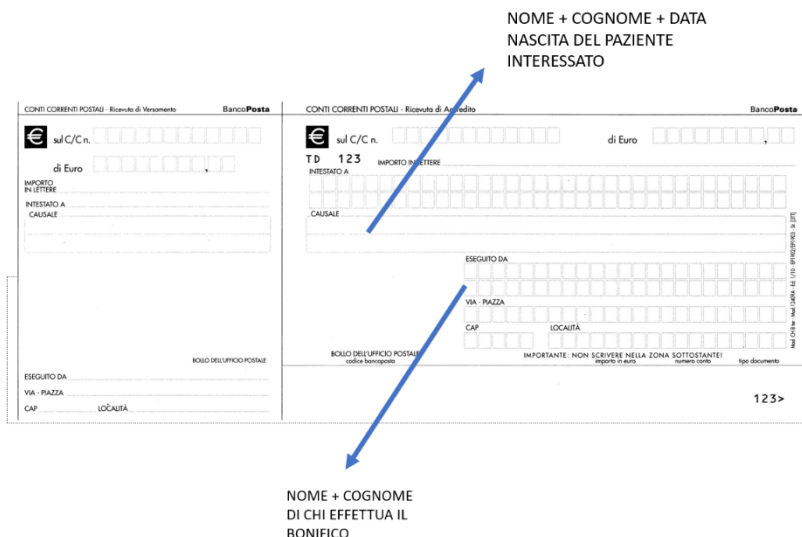
Filiale Corporate Operations & Customer Care Italy  
Largo Francesco Anzani, 13 – 00153 ROMA – ITALIA

➤ **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

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