

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Io sottoscritto/a

Cognome e nome:

Luogo e data di nascita:

in qualità di:

☐ Intestatario ☐ Tutore ☐ Genitore ☐ Amministratore di sostegno

CON LA PRESENTE RICHIEDO IL RILASCIO DI:

☐ **REFERTO** ☐ **IMMAGINI RADIOLOGICHE SU CD/DVD**

Tipo di esame:

Data di esecuzione della prestazione o arco temporale di interesse:

MODALITA' DI CONSEGNA:

☐ RITIRO PERSONALE PRESSO UFFICIO ACCETTAZIONE

☐ RITIRO DA PERSONA DELEGATA*:

Cognome _____ Nome _____

*Il ritiro da parte di una persona delegata sarà consentito **solo previa esibizione del presente modulo** opportunamente compilato e firmato dall'intestatario, congiuntamente ad un documento di identità valido del delegato.

Data: _____

Firma paziente _____

Sezione riservata al personale dello "Studio di Radiologia Omodeo Zorini srl"

Data del ritiro:

Ritiro effettuato da:

☐ Intestatario ☐ Tutore ☐ Genitore ☐ Amministratore di sostegno

Operatore accettazione:

Firma dell'Operatore _____

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Come effettuare la richiesta:

- direttamente presso l'ufficio Accettazione il giorno di esecuzione dell'esame;
- all'indirizzo e-mail: accettazione@studiozorini.com*;
- a mezzo posta a: Studio di Radiologia Omodeo Zorini srl, Direzione Sanitaria, Pizia delle Erbe 3, 15057 Tortona AL.

avendo cura di compilare tutti i campi del modulo e allegando copia dei documenti d'identità richiesti.

** Se si seleziona l'invio tramite e-mail, il mittente accetta consapevolmente il rischio di potenziali accessi non autorizzati durante la trasmissione.*

Come ritirare la copia richiesta:

- presso lo sportello Accettazione (dalle ore 08:30 alle ore 17:30 dal lunedì al venerdì);
- dall'intestatario presentando un documento d'identità o da delegato presentando il presente modulo debitamente compilato ed un documento di riconoscimento.

Tempi

I referti/CD, in caso di primo ritiro, sono disponibili dal giorno indicato dal personale in fase di prenotazione/accettazione.

I duplicati dei referti/CD sono disponibili dopo 5 giorni lavorativi dalla data della richiesta.

Costi

- in caso di primo ritiro i referti ed i CD sono **gratuiti**.

Duplicati:

- referti: gratuiti;
- CD/DVD: € 15,00 cadauno - esente IVA art. 10/18.

Come effettuare il pagamento

- per richieste effettuate di persona il pagamento avviene contestualmente presso l'Ufficio Accettazione;
- tramite Bonifico Bancario IBAN: IT57 Y 03069 855161 00000003675 avendo cura di riportare la seguente causale "per richiesta referto e CD del Sig/Sig.ra";

NOTA BENE:

Affinché la richiesta sia evasa, è necessario inoltrare:

- 1) il presente modulo debitamente compilato;
- 2) ricevuta di pagamento;
- 3) fotocopia documento identità intestatario.

I dati personali forniti saranno trattati dallo Studio di radiologia Omodeo Zorini srl, Titolare del Trattamento, esclusivamente per la gestione della presente richiesta, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Per maggiori informazioni sui diritti dell'interessato e sulle modalità di esercizio degli stessi, è possibile consultare l'informativa completa disponibile presso le nostre sedi o sul sito web aziendale.