



DOMUS MEDICA

CENTRO CURE SPECIALISTICHE

Gentile Signor/ra _____

Codice fiscale _____

Grazie per aver scelto di effettuare il Suo esame presso Domus Medica in data _____

La contatteremo al numero _____ appena il Suo referto sarà disponibile e resterà a disposizione per i 30 giorni successivi alla data di avviso presso la nostra Reception.

Se fosse impossibilitato/a al ritiro di persona in struttura, le chiediamo di compilare la delega sottostante e consegnare questo modulo alla persona delegata.

DELEGA AL RITIRO REFERTI

Io sottoscritto/a _____

Documento di riconoscimento del delegante n°.....

Emesso da.....

DELEGO

Il/La sig./Sig.a.....

Documento di riconoscimento del delegato n°.....

Emesso da.....

al ritiro del referto dell'esame eseguito presso il Vostro centro.

Si allega alla presente, fotocopia del documento d'identità del delegante

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

Data.....

Firma del delegante.....

ALL. 21 Rev. 00 del 05/06/2023 – DELEGA RITIRO REFERTI

VIA ZANCHI, 12 - ESTE (VICINO DUOMO)

TEL. 0429-50303

WWW.DOMUS-MEDICA.IT

