



PER IL RITIRO DEL REFERTO OCCORRE ESIBIRE IL PRESENTE FOGLIO

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ ESAME RICHIESTO _____

N° referto _____

*Data ritiro: 10 giorni lavorativi per liquido amniotico
 30 giorni lavorativi per sangue periferico*

ORARIO RITIRO REFERTI:
 dal lunedì al venerdì dalle ore **11.30** alle ore **14.00**
 sabato e pre-festivi dalle ore **11.30** alle ore **13.30**
TEL. 0874 409544

Il rilascio dei referti avviene direttamente al paziente o a persona da esso espressamente **DELEGATA** esclusivamente previa esibizione della presente ricevuta opportunamente compilata in tutte le sue parti, in osservanza ai Regolamenti nazionali ed Europei in materia di Privacy.

N.B. Il mancato ritiro da parte dell'interessato, entro 90 giorni dalla data del referto, comporta l'addebito della prestazione effettuata a tariffa intera e non come quota ticket (Legge n° 407 del 29/12/90 – art- 5.8)

DELEGA

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Documento di identità n° _____

delego al ritiro

Il/la Signor/a _____

Nato/a _____ il _____

Documento di identità n° _____,

previo accertamento della sua identità, a ritirare per me il referto degli esami effettuati in questo laboratorio. Il presente documento esonera questa struttura da ogni responsabilità relativa al rilascio del referto.

Campobasso ____/____/____

Firma Delegante
