



DELEGA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Richiedente TERZI

Spett.le: Casa di Cura SALUS Srl

Via Appia, 366 - 72100 - BRINDISI

Alla C.A.: Direzione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
() il ___/___/___ e residente in _____ (), alla via
_____ n° _____

Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

DELEGA

Il/ La Sig./Sig.a _____,
nato/a a _____ il ___/___/___ e
residente in _____ Via _____ n. _____ a richiedere e ritirare
copia conforme all'originale di tutta la documentazione inerente le prestazioni sanitarie
a cui il/la sottoscritto/a è stato/a sottoposto/a presso la Casa di Cura Salus.

FIRMA DEL DELEGANTE

Brindisi, ___/___/___

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO

N.B. Anche il Delegato è tenuto ad esibire allo sportello Ufficio Cartelle Cliniche il proprio documento di riconoscimento