

Mod. 7.4.1 - **MODULO DI RICHIESTA DUPLICATI RADIOGRAMMI**

**Spettabile**  
**CASA DI CURA VILLA ESPERIA**  
**Direzione Sanitaria**

Data \_\_\_\_\_

Con la presente, io sottoscritto/a:

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Nato/a a:** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

ricoverato/a presso la Casa di Cura dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**chiedo** i duplicati di N° \_\_\_\_\_ radiogrammi al costo di € 15,00 per lastra

specificare segmento corporeo: \_\_\_\_\_

esame N° \_\_\_\_\_ (a cura di CAMB)

**MODALITA' DI CONSEGNA:**

**RITIRO PERSONALE PRESSO UFFICIO ACCETTAZIONE** (avvisare telefonicamente)

**RITIRO DA PERSONA DELEGATA** ( cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ )

**A MEZZO RACCOMANDATA\*** al seguente indirizzo:

Città - Via \_\_\_\_\_

CAP - Prov. \_\_\_\_\_

\* in questo caso, inoltre, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003, che regola il trattamento dei dati personali, dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

In fede \_\_\_\_\_ Operatore ACC \_\_\_\_\_

**FIRMA DI AUTORIZZAZIONE A PREDISPORRE DUPLICATO RX:**

Il Direttore Sanitario: Dr.ssa Adele Andriulo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma per ritiro** \_\_\_\_\_

## Informazioni per RICHIESTA DUPLICATO RADIOGRAMMI

### **Come effettuare la richiesta:**

- direttamente presso l'ufficio Accettazione della Casa di Cura
- via fax al numero 0383/91209
- a mezzo posta a: Casa di Cura Villa Esperia, Direzione Sanitaria, Viale dei Salici n°35, 27052 Salice Terme PV avendo cura di compilare l'apposito modulo a cui deve essere allegata copia del documento d'identità

### **Come ritirare la copia richiesta:**

- presso lo sportello Accettazione (dalle ore 09:00 alle ore 16:00 dal lunedì al venerdì) dall'intestatario presentando un documento d'identità o da delegato presentando fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.
- a mezzo posta raccomandata all'indirizzo specificato nella richiesta.

### **Tempi**

Il personale dell'Ufficio Accettazione avviserà telefonicamente per comunicare la disponibilità del duplicato. La preparazione del duplicato viene effettuata il Martedì di ogni settimana.

### **Quanto costa**

- € 15,00 per ogni lastra (esente IVA art. 10/18)
- € 12,00 spese spedizione a mezzo posta (comprensivo IVA 20%)

### **Come effettuare il pagamento:**

- per richieste effettuate di persona il pagamento avviene contestualmente presso l'Ufficio Accettazione
- tramite Vaglia Postale intestato a: Casa di Cura Villa Esperia - Viale dei Salici n°35 - 27052 Salice Terme PV, avendo cura di riportare la seguente causale "per richiesta duplicato RX del Sig/Sig.ra ....."
- tramite Bonifico Bancario **IBAN: IT77X 06906 55900 00000001194** avendo cura di riportare la seguente causale "per richiesta duplicato RX del Sig/Sig.ra ....."

**N.B. affinché la richiesta di duplicato dei Radiogrammi sia evasa, è necessario inoltrare:**

- 1) modulo di richiesta debitamente compilato**
- 2) ricevuta di pagamento**
- 3) fotocopia documento identità intestatario**