

POLIAMBULATORIO
SALESE

DELEGA RITIRO REFERTI

Santa Maria di Sala, _____

Io sottoscritto/a _____

DELEGO

Il/la sig/sig.ra _____ a provvedere al ritiro del referto dell'esame/
della visita eseguito presso il vostro poliambulatorio.

Documento di riconoscimento del delegante n° _____

Emesso da _____ Data scadenza _____

Documento di riconoscimento del delegato n° _____

Emesso da _____ Data scadenza _____

Firma del delegante

Per ritirare il referto il delegato deve esibire un proprio documento di riconoscimento e quello (o copia) del delegante, entrambi in corso di validità.

I dati personali saranno trattati in conformità alle disposizioni previste dal Regolamento Europeo 2016/679 e dal D. Lgs 196/03 così come modificato dal D. lgs 101/18

Poliambulatorio Salese srl

Tel. 041 8628298
www.poliambulatoriosalese.it
info@poliambulatoriosalese.it
P. Iva 04613980277

Direttore Sanitario

Dott. Schiavon Davide
Spec. in Ortopedia e
Traumatologia

Dove Siamo

Via Cavin di Sala, 30
Santa Maria di Sala
(Venezia) – 30036