



Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico
Milano

ALL'ARCHIVIO.....

IL SOTTOSCRITTO.....tel:.....

DOMICILIATO A:.....VIA:.....

CHIEDE COPIA DELLE RADIOGRAFIE.....

EFFETTUATE DURANTE LA PROPRIA DEGENZA, AVVENUTA NEL REPARTO DI:

.....DAL.....AL.....

N.B.: *Il mancato ritiro dei radiogrammi entro 30 giorni dalla richiesta comporta l'addebito totale del costo di produzione.*
(L.n°412 del 30/12/91)

DATA.....FIRMA.....

Firma di chi ritira

Firma di chi consegna.....

Data.....

N° di Radiogrammi	formato cm 24X30	Euro 4,00
N° di Radiogrammi	formato cm 35X43	Euro 8,00
C.D.		Euro 15,00