



Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico
Milano

ALL'ARCHIVIO.....

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

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

DOCUMENTO.....N°.....

PER CONTO

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

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

DOCUMENTO.....N°.....

CHIEDE

COPIA DELLE RADIOGRAFIE EFFETTUATE DURANTE LA PRESTAZIONE DI
PRONTO SOCCORSO MEDICOE/O CHIRURGICO:

Il giorno:.....

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