



CENTRO MEDICO
San Biagio

DELEGA RITIRO REFERTI

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a
tipo e numero documento
rilasciato da

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra
nato/a il a ritirare per mio conto il referto dell'esame
eseguito da me in data

ATTENZIONE

- Colui che ritira il referto (il "delegato") deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento di identità.

SENZA QUESTE CONDIZIONI LA DOCUMENTAZIONE NON VERRÀ RILASCIATA

Informativa privacy (art. 13 del D. Lgs. 196/03)

Si informa che i dati personali raccolti saranno trattati da "Centro Medico San Biagio S.p.A." titolare del trattamento, esclusivamente nell'ambito della gestione ritiro documentazione sanitaria tramite delega: maggiori informazioni sono consultabili nella sezione "Informativa sulla Privacy" del sito www.centromedicosanbiagio.it

Firma del delegante

Firma del delegato

.....
Data

**RITIRO REFERTI TUTTI I GIORNI
DALLE 8.00 ALLE 19.00
SABATO DALLE 8.00 ALLE 11.00**

I VOSTRI REFERTI SARANNO PRONTI:

DATA.....ORA.....

RISERVATO AL CENTRO MEDICO SAN BIAGIO

Referto consegnato in data _____
alla persona delegata identificata mediante _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____
Firma operatore _____

AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
CERTIFICATO DA DNV GL
= ISO 9001 =

CENTRO MEDICO SAN BIAGIO S.P.A.
30025 FOSSALTA DI PORTOGRUARO (VE) - ITALIA - VIA DEL COMMERCIO, 69 INT.4
PER APPUNTAMENTI: TELEFONO 0421.244.016 - FAX 0421.244.006
ODONTOIATRIA: TELEFONO 0421.244370
www.centromedicosanbiagio.it - e-mail: info@centromedicosanbiagio.it