

Da inviare a mezzo fax al numero 0473 230518 o via mail all'indirizzo segreteria@villa-santanna.eu

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

ABHOLFORMULAR KOPIE KRANKENGESCHICHT

Il/la sottoscritto/a <i>Der/Die Unterfertigte</i>			
Nato/a a <i>Geboren in</i>		Il <i>am</i>	
Residente in <i>Wohnhaft in</i>		cap	
Via <i>Strasse</i>		Nr.	
Telefono <i>Telefonnummer</i>			

Ricoverato/a presso la Casa di Cura Villa Sant'Anna
Stationär in der Privatklinik Villa St. Anna

Per uso / *für*:

- medico / *arzt*
- assicurativo / *Versicherung*
- Legale / *Rechtlichen Gründen*
- Altro uso consentito dalle leggi vigenti / *anderen gültigen Gesetzen*

Costo:

- Se il ritiro avviene presso la Struttura: € 30
- Se si richiede invio per posta: € 40

Modalità di ritiro:

- per posta
- ritiro presso la Struttura

Data / Datum

Firma / Unterschrift

Parte riservata all'amministrazione

- Pagato**
- Non Pagato**

Pagamento eseguibile alle seguenti coordinate bancarie:
 Raiffeisenkasse Lagundo IT43D0811258591000303205045
 Raiffeisenkasse Merano IT12S0813358590000090101300
 Banca Popolare dell'Alto Adige IT66Q0585658590040570102550