

POLIAMBULATORIO PRIVATO
DAY SURGERY



CENTRO MEDICO PRIVATO
**LAZZARO
SPALLANZANI**

REGGIO EMILIA

DIRETTORE SANITARIO
DOTT. PAOLO SPALLANZANI
SPECIALISTA IN OCULISTICA

DELEGA RITIRO REFERTI SANITARI

In ottemperanza alla normativa vigente e ai sensi del d.lgs 443/2000 e d. lgs 196/2003, si richiede quanto segue:

Il/la sottoscritto/a sig./sig. ra _____, in qualità di delegante, autorizza il/la sig./sig. ra _____, in qualità di delegato, a ritirare gli esami clinici eseguiti in data _____

presso il Centro medico Lazzaro Spallanzani, via F.lli Cervi 75/b, 42124 Reggio Emilia, presentando valido documento d'identità con consegna della fotocopia del documenti di identità del delegante.

Reggio Emilia, _____

Firma del delegante _____

Orari reception Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani: dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00, il sabato dalle 8.00 alle 14.00. Per eventuali informazioni, contattare il centralino al numero 0522/303840 o all'indirizzo info@lazarospallanzani.it. I referti cartacei, in originale, verranno conservati per 30 giorni.