



- Servizio Diagnostica per Immagini
- CUP

Il sottoscritto/a Sig./ Sig.ra

Con la presente CHIEDO la spedizione del referto :

- radiologico (CD) effettuato in data
- visita\esame specialistico effettuato in data

a mezzo raccomandata rr previo pagamento anticipato delle spese di spedizione di € 10.00

- lastre radiologiche (**spedizione solo con tassa a carico**)

all 'indirizzo : Vian.....

Loc.....c.a.p.....

- Allego ricevuta versamento spese di spedizione

In fede

.....

Data.....

.....

L'incaricato

.....

Inviato in Direzione per la spedizione in data.....