

	Amministrazione ANAGRAFICA PAZIENTI PRIVATI	Mod. 0133	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: pazienti privati	
		Rev. 01	del 26/09/2025

DR. _____ DATA PRE RICOVERO _____

DATA INTERVENTO _____

ASSICURAZIONE: _____

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____

Via _____

Tel. _____ e-mail _____

In mancanza di copertura assicurativa si accetta il preventivo allegato e ci si impegna al pagamento delle relative spettanze.

PAGAMENTI RICHIESTI:

- COPIA CARTELLA CLINICA € _____

- MARCHE DA BOLLO € _____

- _____

Firma per accettazione _____