

	Laboratorio Analisi Richiesta Esami di Laboratorio	Mod. 0199	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>ricettario</i>	
		Rev. 02	del 16/12/2025

SI PREGA DI INVIARE I RISULTATI AL N. FAX 0172 472514

Bra, li _____

Sig. _____ Cod. Paziente _____

Nato il _____ a: _____

Residente a: _____

In Via: _____

Reparto _____ Numero camera _____

ESAMI RICHIESTI:

Timbro e Firma Medico Richiedente _____

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

	Accettazione Richiesta Esami di Laboratorio	Mod. 0199	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>ricettario</i>	
		Rev. 02	del 16/12/2025

SI PREGA DI INVIARE I RISULTATI AL N. FAX 0172 472514

Bra, li _____

Sig. _____ Cod. Paziente _____

Nato il _____ a: _____

Residente a: _____

In Via: _____

Reparto _____ Numero camera _____

ESAMI RICHIESTI:

Timbro e Firma Medico Richiedente _____

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	