

Prot. n. /

Oggetto: Richiesta prestazione specialistica.

☐

URGENTE

☐

PROGRAMMABILE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

C.F. / / / / / / / / / / / / / / / / Residente a Via

Sospetto Clinico

Giorno e ora della raccolta del prelievo

Ricovero presso il reparto

Telefono del medico richiedente

Fax dove inviare i referti preliminari e definitivi

Il Medico Richiedente (timbro e firma)

Casa di Cura Scarnati s.r.l. | Via Zara, 4 - 87100 Cosenza

Amministrazione

Prot. n. _____ /

U.O.C. / SERVIZIO _____

Data e ora appuntamento _____

Codice Prestazione	Descrizione analitica della prestazione	Tariffa	Importo Totale
Codice Prestazione	Descrizione analitica della prestazione	Tariffa	Importo Totale

Cosenza _____

Si autorizza:
Direzione Medica P.U.

La prestazione e/o il campione è stata/o eseguita e/o accettato da:
(Timbro, Matricola e Firma)

Dirigente Medico _____

Infermiere Prof.le _____

TSRM _____

Casa di Cura Scarnati s.r.l. | Via Zara, 4 - 87100 Cosenza

PIVA CF RI 01018540789 REA CS-83361 | TEL.0984/21933-21934 | FAX 0984/76423
P.E.C. casadicurascarnati@pec.it | e-mail cliscarnati@libero.it - cliscarnati@alice.it