



Azienda USL di PESCARA
Presidio Ospedaliero di Popoli
U.O. Radiologia

Responsabile: Dott. Antonio Calabrese
tel.: 085/9898353 – fax: 085/9898335
mail radiologia.popoli@ausl.pe.it

RICHIESTA COPIA CD ESAMI

Il/La Sign./ra _____

richiede copia di numero Cd contenenti gli esami eseguiti presso la Radiologia del P.O. di Popoli.

Il sottoscritto inoltre è a conoscenza che il costo di ogni Cd è di venti euro che verrà addebitato anche in caso di mancato ritiro.

Popoli, ___/___/_____ FIRMA _____

DELEGA PER RITIRO CD ESAMI

Il/La Sign./ra _____

Delega il/la Sign./ra _____

A ritirare la copia del CD contenente gli esami eseguiti presso la Radiologia del P.O. di Popoli.

Documento del Delegato _____

Firma del Delegante _____

CD consegnato in data _____

Firma dell'impiegato _____