



**ALL'AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA
CANNIZZARO CATANIA**

Paziente _____ nato a _____

il _____ residente a _____ tel.n. _____

**CHIEDE LA DUPLICAZIONE SU CD DEI SEGUENTI ESAMI RADIOLOGICI CON SPESE
A CARICO DELL'UTENTE COME SOTTO RIPORTATO:**

_____ TC in data _____ Euro _____

_____ TC in data _____ Euro _____

_____ TC in data _____ Euro _____

_____ TC in data _____ Euro _____

_____ RM in data _____ Euro _____

_____ RM in data _____ Euro _____

_____ ANGIO-Radiol.Interv in data _____ Euro _____

_____ ANGIO in data _____ Euro _____

_____ Altri esami (ECO/RX) in dat _____ Euro _____

_____ **DIRITTI DI URGENZA** _____ Euro _____

Totale DA PAGARE Euro _____

MODALITA' DI RITIRO

_____ in ospedale

_____ spedito al seguente indirizzo, **previo pagamento di E.7.00 per la spedizione con Raccomandata**

Destinatario _____ via _____

CAP _____ comune _____

Firma del Richiedente

Catania, _____

N.B.: per il ritiro compilare il promemoria