



## **SERVIZIO DI PRE-ACCETTAZIONE**

**Grazie a questo servizio potrà accedere in breve tempo ai servizi da Lei richiesti, evitando eventuali prolungate code all'accettazione**

INVIARE IL PRESENTE MODULO STAMPABILE E LE RELATIVE RICETTE DEL MEDICO RICHIEDENTE A  
MEZZO FAX

**AL NUMERO: 02 20.400.826**

FAX INVIATO DA: COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:  /  /

INDIRIZZO:

CITTA':

TELEFONO:

(su questo numero La contatteremo per comunicare eventuali istruzioni di preparazione o comunicareLe l'importo da pagare (se non esente) e il Suo numero di pre-accettazione).

INDIRIZZO E-MAIL:

(facoltativo)

COPIA RICETTA/E ALLEGATA/E:  Sì n.: .....

DATA APPUNTAMENTO:  /  /  alle ore:  /

**Attenzione:** se non riceveremo copia della ricetta del medico richiedente, non verrà convalidata la pre-accettazione.

Avendo acquisito le informazioni di cui all'art. 13 ed ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003, autorizzo lo STUDIO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA "L. BONDANI" ad utilizzare i dati da me inseriti al solo fine di ricontattarmi. In ogni momento, a norma dell'art 7 del D. Lgs. 196/2003 potrò chiederne la modifica oppure la cancellazione.