

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA - SANITARIA - FISCALE

Il /lasottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ via _____

Telefono _____ Cellulare _____

Email _____ @ _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 46 DPR 445/2000

Compilare richiesta, mettere la data, firmare, eseguire il bonifico intestato a: Medical Equipe srl presso Intesa - San Paolo: IBAN: It80o0306911106100000005613 inviare il pagamento rilasciato dalla banca

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Documentazione Sanitaria solo SSN | €. 50 |
| <input type="checkbox"/> | TAC Dental Scan | €.150 |
| <input type="checkbox"/> | Radiografie endorali e/o OPT su CD-ROM | €. 15 |
| <input type="checkbox"/> | Radiografie endorali e/o OPT su carta fotografica | €. 15 |
| <input type="checkbox"/> | Radiografie endorali e/o OPT con email | GRATUITA |
| <input type="checkbox"/> | Copia conforme originale della fattura | €. 10 |

Data

Il dichiarante

I dati sopra riportati verranno utilizzati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/03 (tutela dati personali)