

RICHIESTA DI INVIO DOCUMENTAZIONE A DOMICILIO

NB: allegare alla richiesta copia documento di identità dell'intestatario della prestazione eseguita o del genitore/tutore

il seguente modulo dovrà essere consegnato :

- in Ambulatorio al medico o al personale infermieristico
- ai CUP / Ufficio referti, del distretto Alto Vicentino
- inoltrato via email: callth@aulss7.veneto.it

Cognome e nome _____
Data di nascita _____
tipo di prestazione _____
eseguita in data _____
recapito telefonico _____

INDIRIZZO A CUI INVIARE A DOCUMENTAZIONE

Cognome e Nome _____
Via/Piazza _____ N° _____
Comune di _____ CAP _____
Provincia di _____

Il richiedente si impegna a provvedere al pagamento sia della **prestazione sanitaria** effettuata, sia delle **spese postali di € 5,00** :

- tramite Bonifico Bancario al ricevimento della fattura al domicilio*
- al momento della richiesta presso i CUP Aziendali Alto Vicentino*
- alla ricezione della fattura con allegato bollettino postale*

data _____ FIRMA _____

NB: i dati saranno trattati esclusivamente ai fini del presente modulo e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 96/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Per informazioni contattare il CUP di Santorso allo 0445 572077 dalle 08.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì, sabato 7.00 – 9.45.

A cura della segreteria

Costo documentazione € _____ Firma dell'impiegato _____

Costo spese postali € _____ Firma dell'impiegato _____