



DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(REV 05/2022)

Dati identificativi del delegante

Nome e cognome _____

nato/a _____ il _____ residente in via _____

_____ CAP _____ città _____ Prov _____

Carta di identità numero _____ emessa da _____ valida sino al _____

DELEGA

Dati del delegato

Nome e cognome _____

nato/a _____ il _____ residente in via _____

_____ CAP _____ città _____ Prov _____

Carta di identità numero _____ emessa da _____ valida sino al _____

al ritiro presso l'Ambulatorio Polispecialistico Medisana srl della documentazione sanitaria a me intestata

Documentazione da ritirare: _____

Si allega fotocopia fronte e retro:

- Documento di identità del delegante

- Documento di identità del delegato.

Luogo e data _____

Il delegante _____

Il delegato _____

MEDISANA srl

Dir. San. Dott. Paolo Bonfanti

AMBULATORIO POLISPECIALISTICO - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA - FISIOTERAPIA - MEDICINA E SICUREZZA SUL LAVORO

Via Col di Lana, 33/a - 21013 GALLARATE - Tel +39 0331.770062 - P.IVA02683700120