CO.RI.B

Consulenze e Ricerche B.

LABORATORIO ANALISI CLINICHE

Monte San Giusto

Il/la sottoscritto/a _____

chiede che i referti clinici relativi all'esame del giorno _____ siano recapitati a mezzo del servizio di POSTA PRIORITARIA per l'importo di euro _____ al seguente indirizzo:

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____

Il recapito del referto avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, convivente, ecc.) e nella cassetta delle lettere.

Data _____

Firma _____