

RICHIESTA di copia Cartella Clinica

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il _____

Documento _____ Numero _____

Indirizzo e-mail _____

Intestatario/a della Cartella Clinica relativa all'intervento del (indicare la data): _____

RICHIEDE COPIA C. C.

Modalità di ritiro:

☐ **RITIRO ON LINE AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:** _____

☐ **IN STRUTTURA:** per il ritiro della copia di Cartella Clinica è obbligatorio presentare il documento dell'Intestatario della Cartella Clinica e dell'eventuale delegato.

Firma del Richiedente

(Intestatario della Cartella Clinica)

In base a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679, La informiamo che i dati conferiti sono trattati da Bio Consult Lazio Srl, Titolare del trattamento, per dare riscontro alla richiesta e conservati, attraverso modalità cartacee e informatiche, nel rispetto delle misure di sicurezza adeguate, nei termini di legge. Per ulteriori informazioni ed esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 - 22 del Regolamento, è possibile contattare il Titolare inviando una mail a: info@saintpetermedicalcenter.it o il DPO all'indirizzo: dpo@evaluationdata.it

Data e luogo _____

Firma per il consenso

Il pagamento, di € 36,60

dovrà essere effettuato al momento della richiesta

In caso di pagamento con bonifico, intestare a **Bio Consult Lazio Srl**

IBAN: LT423250006815006398 BANCA: REVOLUT

Causale: pagamento copia cartella clinica del/della Sig./ra (indicare il nome del paziente)

La contabile del bonifico dovrà essere inviata all'indirizzo mail:

amministrazione@saintpetermedicalcenter.it

Solo al ricevimento della stessa, la Sua richiesta verrà messa in lavorazione.