

Nota per pagamento copia documentazione sanitaria

(compilato dall'addetto all'ufficio rilascio copie cartelle cliniche/documentazione sanitaria)

Titolare della documentazione richiesta:

Sig./ra.....nato/a il..... a

Tipo di documento	N° fogli	Codice	Tariffa (€)	Quantità	Totale (€)
Cartella clinica (ricovero)	0-10	A5020	5,00		
	11-25	A5021	15,00		
	26-75	A5022	20,00		
	Sup a 75	A5023	25,00		
Cartella/Cartellino /scheda ambulatoriale	0-10	A5020	5,00		
	11-25	A5021	15,00		
	26-75	A5022	20,00		
Verbale di Pronto Soccorso	0-10	A5020	5,00		
	11-25	A5021	15,00		
Esame diagnostico (anche su supporto informatico)		A5024	5,00		
Urgenza		U1000	5,00		
TOTALE GENERALE (€)					

N.B.: la documentazione richiesta può essere consegnata al titolare o suo delegato solo dopo la consegna di copia della ricevuta di pagamento all'addetto all'ufficio rilascio copie cartelle cliniche/documentazione sanitaria

Da presentare per il pagamento all'Ufficio Cassa del

Presidio Ospedaliero di Conegliano De' Gironcoli Vittorio Veneto

A cura del titolare della documentazione o suo delegato, prima del ritiro della/e copia/e della documentazione