



ANALISI MEDICHE PACINI srl
SERVIZIO DI PRE ACCETTAZIONE
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Grazie a questo servizio potrà accedere direttamente alla sala prelievi evitando eventuali code all' accettazione

INVIARE IL PRESENTE MODULO STAMPABILE E LE RELATIVE RICETTE DEL MEDICO RICHIEDENTE A ½ FAX **AL NUMERO 0270036363**

DA : COGNOME

NOME

RECAPITO TELEFONICO

(su questo numero la contatteremo per comunicarle eventuali istruzioni di preparazione al prelievo o comunicarle l'importo da saldare e il suo numero di preaccettazione)

INDIRIZZO E-MAIL

(facoltativo)

COPIA RICETTA ALLEGATA sì

PRIMA ACCETTAZIONE PRESSO ANALISI MEDICHE PACINI sì

In questo caso compili anche i seguenti campi :

luogo e data data di nascita

indirizzo:

cap:

SCELGO LA DATA

Attenzione: se non riceveremo copia della ricetta, non potremo contattarti per convalidare la prenotazione.

Avendo acquisito le informazioni di cui all'art. 13 ed ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, autorizzo ANALISI MEDICHE PACINI ad utilizzare i dati da me inseriti al solo fine di ricontattarmi. In ogni momento, a norma dell'Art.7 D.Lgs 196/2003 potrò chiederne la modifica oppure la cancellazione.