

ALLEGATO A/2 (Richiesta per attività diagnostica di laboratorio)

DA	RICHIEDENTE: _____ RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): _____ INDIRIZZO: _____ PARTITA IVA: _____
A	ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE LAZZARO SPALLANZANI – I.R.C.C.S.

ID Paziente:

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Codice fiscale (obbligatorio): _____

Istituto e Reparto di provenienza: _____

ESAMI RICHIESTI:	Tipologia di campione/i inviati (specificare):

Medico richiedente:

Nome e Cognome (in stampatello) e Firma _____

Data prelievo: _____

Recapiti telefonici per eventuali comunicazioni: _____

Indirizzo e-mail per invio referto: _____

Firma e timbro Direzione Sanitaria della struttura richiedente: _____

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'U.O. DELL'ISTITUTO "L. SPALLANZANI"

PRESTAZIONI ESEGUITE DA: _____

Data: _____

PRESTAZIONI ESEGUITE:	IMPORTO:
Totale (Euro):	

FIRMA E TIMBRO DIRETTORE di LABORATORIO _____

Dipartimento Epidemiologia, Ricerca Preclinica, Diagnostica Avanzata – DERPDA