

	Amministrazione	Mod. 0133	Pag. 1 di 1
	ANAGRAFICA PAZIENTI PRIVATI	Parola chiave: pazienti privati	
		Rev. 00	del 23/03/2026

Dottor _____

DATA PRERICOVERO _____

DATA INTERVENTO _____

ASSICURAZIONE: _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____

Via _____

Telefono _____ e-mail _____

In mancanza di copertura assicurativa si accetta il preventivo allegato e ci si impegna al pagamento delle relative spettanze.

PAGAMENTI RICHIESTI:

- COPIA CARTELLA CLINICA € _____
- MARCHE DA BOLLO € _____
- _____

Firma per accettazione _____

Casale Monferrato, _____