

 VILLA BERICA Casa di Cura	 Struttura emittente: DIREZIONE SANITARIA	M-PR
		01.04D

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

ESTREMI PER BONIFICO BANCARIO

BANCA UNICREDIT
C/C
ABI 2008
CAB 11835
IBAN : IT17C0200811835000005414305

EURO 73,20

EFFETTUARE IL BONIFICO BANCARIO CON **NOMINATIVO DELL'INTESTATARIO**
 DELLA CARTELLA CLINICA .

SPEDIRE FAX CON :
 fax 0444-219291 / oppure mail: frontoffice@villaberica.com

- MODULO RICHIESTA COMPILATO
- FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTITA'
- COPIA BONIFICO BANCARIO

GRAZIE