

CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA RICHIEDENTE
(Indispensabile!)

PARTE RISERVATA AL RICHIEDENTE, DA COMPILARE E INVIARE VIA FAX A:

Direzione Affari Generali
Azienda Ospedaliera di Perugia
FAX 075 578 3842 ; TEL. 075 578 3942

e p.c. S.C. Medicina del Lavoro
Azienda Ospedaliera di Perugia
FAX 075 585 8441; TEL. 075 578 2801-2805

Dopo avere **preso visione ed accettato le tariffe** delle prestazioni a pagamento di codesta Azienda Ospedaliera pubblicate sul sito internet www.azienda.ospedale.perugia.it (Tariffario Aziendale Del. N. 261/09), si richiedono le seguenti prestazioni da effettuarsi presso la S.C. Medicina del Lavoro:

N. _____ ESAME _____

N. _____ ESAME _____

N. _____ ESAME _____

N. _____ ESAME _____

N. _____ ESAME _____

N. _____ ESAME _____

I risultati degli accertamenti andranno consegnati al nostro Medico Competente _____

Si richiede che per tali importi sia emessa fattura intestata a:

Ditta _____ Tel. _____ Fax _____

Indirizzo _____

Part.IVA _____

Modalità di pagamento: 30 giorni dalla data di emissione fattura

Il titolare/Rappresentante legale

(timbro e firma)

INFORMATIVA PER IL RICHIEDENTE

Scaricare e stampare il presente modulo, compilarlo e inviarlo via fax agli indirizzi indicati.

La Direzione Affari Generali dell'Azienda Ospedaliera provvederà a trasmettervi l'accettazione della richiesta con le modalità di accesso.

Dopo avere ricevuto la conferma di accettazione è possibile prenotare direttamente le prestazioni, telefonando a: Laboratorio Medicina del Lavoro Tel 075 578 2801 -2805.

