



laboratorio  
**SALUS**

# DELEGA PER RITIRO REFERTI

(Allegare fotocopia del documento d'identità)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

**delega**

il Sig./ra \_\_\_\_\_  
identificato/a a mezzo documento di identità \_\_\_\_\_  
a ritirare i referti degli esami da me eseguiti in data odierna.

In fede

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

ATTENZIONE:

Il mancato ritiro del referto entro 30 giorni comporta l'obbligo del pagamento dell'intero costo della prestazione (L. 296/2006, art. 1, co. 796, Lettera R)

**Laboratorio Salus srl - accreditato SSR**

Via Lionello Matteucci 23 | Rieti 02100 | P.Iva 00094840576

www.salusrieti.it | info@salusrieti.it | tel e fax 0746 202353