



PRENOTAZIONE VIAGGIO

Data _____ n° _____

Paziente _____ Nato il _____

a _____ Prov. (_____) C.F.

Via _____ Città _____

Data viaggio _____ Partenza da sede ore: _____

Da _____ Reparto _____

A _____ Reparto _____ ore: _____

Motivo del servizio _____

Telefono _____ Parenti del paziente si no

Fatturare a: _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____ Prov. (_____) C.F.

Via _____ C.A.P. _____ Città _____

Immobile

Barellato

Pesante

Seduto

Medio

Leggero

Ascensore

Piano _____

Firma leggibile di chi ha preso la prenotazione

Ricevuta l' informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003, consento al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e con modalità indicate nell' informativa medesima.

Firma del richiedente