

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA ALTE CURE

RICHIESTA DI RICETTA MEDICA

FAX 0444-1240491

MAIL: info@altecure.it



DATA RICHIESTA:

COGNOME E NOME:

DATA DI NASCITA:

NUMERO DI TELEFONO:

MEDICO DI BASE:

FARMACO CON DOSAGGIO E/O VISITA DA RICHIEDERE:

(solo farmaci in terapia continuativa già prescritti dal proprio medico o visite e/o accertamenti di controllo):

Il sottoscritto autorizza al ritiro della documentazione senza la busta chiusa mediante presentazione del documento di riconoscimento o dell'apposita delega in caso di ritiro referti di altri pazienti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm., la Medicina di Gruppo Integrata trattare le informazioni contenute nella seguente scheda in materia di protezione dei dati personali per utilizzo conforme alle attività della medicina di gruppo.

La raccolta dei dati verrà trattata elettronicamente in armonia con le leggi vigenti; gli stessi potranno essere trasmessi ad altri Enti della Pubblica Amministrazione se stabilito da specifiche normative.

Firma del paziente

barrare le caselle e confermare con nome e cognome