



RITIRO VETRINI IN REVISIONE N° _____

Il sottoscritto _____ ritira in data _____

I seguenti preparati istologici/citologici N° _____ di _____

1) _____

2) _____

3) _____

La consegna dei preparati viene autorizzata dal/la Dott./Dott.ssa _____

Firma

La consegna del materiale da parte del Centro Diagnostico IPPOCRATE Srl viene subordinata

al deposito cauzionale di € 30,00; il deposito sarà restituito al Paziente al momento della restituzione (tempo max tre mesi) al Centro Diagnostico IPPOCRATE Srl unitamente alla Diagnosi fatta dalla Struttura presso la quale il materiale viene portato in revisione.

nel caso di duplicazione di preparati e/o richieste specifiche di vetrini polarizzati per indagini di immunoistochimica o altre metodiche è previsto a carico del Paziente un costo di € 50,00.

I preparati saranno portati in revisione presso _____

Recapito telefonico del paziente _____

NB: Con la firma della presente il Paziente assume la personale responsabilità del ritiro e della custodia del materiale sopra citato, dandone ampia e completa liberatoria al Centro Diagnostico Ippocrate Srl consegnante.

Data _____

Firma