



Casa di Cura
Madre Fortunata
Toniolo

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RISONANZA MAGNETICA – T.A.C.**

Direttore Sanitario: Dott. Marco Bosso – Responsabile del Servizio: Dott. Carlo Monti

Bologna lì, ___ / ___ / ____

Con la presente, io sottoscritto/a :

Nome _____ Cognome _____
via _____ città _____
cap. _____ Prov. _____ tel.: _____

richiedo

il duplicato di lastre e/o CD del mio esame TAC/RMN eseguito in data ___ / ___ / ____

Al ritiro di quanto richiesto salderò regolare fattura.

IN FEDE