Compila in tutte le parti questo modulo per richiedere la ricetta medica.

Cognome e Nome:_____

Data di nascita:_____

Numero di Telefono del Paziente: _____

Cognome e Nome del Medico:_____

Nome Farmaco e Dosaggio

(solo farmaci in terapia continuativa già prescritti dal proprio medico):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Modalità per il ritiro

IL RITIRO DOVRA' ESSERE EFFETTUATO 48 ORE LAVORATIVE DOPO LA RICHIESTA.

Il sottoscritto autorizza al ritiro delle 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 AI SENSI DEL D. LGS. N. 196/2003 E DEL GDPR 679/16 (DISPONIBILE INTEGRALMENTE SUL SITO WWW.STUDIOPROGETTO.ORG). Il sottoscritto autorizza, la Medicina di Gruppo Integrata "S.Lorenzo" di Valdagno a trattare le informazioni contenute nella seguente scheda in materia di protezione dei dati personali per utilizzo conforme alle attività della medicina di gruppo. I dati saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; gli stessi potranno essere trasmessi ad altri Enti della Pubblica Amministrazione se stabilito da specifiche normative.

Firma del paziente _____