CENTRO MEDICO RIABILITATIVO CAMISANO S.R.L.

Telefono 0444 611606

Il/la sottoscritto/a E

DELEGA

Il/la sig./sig.ra .....

tipo doc.....

a ritirare i referti degli accertamenti sanitari eseguiti presso il

CENTRO MEDICO RIABILITATIVO CAMISANO S.R.L.

Firma Delegante .....

Giorni ritiro referti:	Lun a Ven.	08.00 - 19.00
	Sabato	08.00 - 12.00