



MODALITÀ DI RITIRO DEL REFERTO

NOME E COGNOME UTENTE _____

☐

RITIRO CUP IOV – SPORTELLO 11 – 12

dopo 5 giorni lavorativi – TELEFONARE AL NUMERO 0423 421300

☐

RITIRO ON LINE disponibile in 5 giorni lavorativi **riproduzione delle immagini a vostro carico su CD o CHIAVETTA USB** **tramite ACROBAT READER 11**

Per accedere al referto il paziente deve possedere almeno uno dei seguenti browser:

- Internet Explorer versione 7 o superiore
- Mozilla Firefox versione 3.6 o superiore
- Google Chrome versione 17.0 o superiore
- Safari versione 5.1 o superiore

☐

SPEDIZIONE CON RACCOMANDATA A/R A PAGAMENTO **(CIRCA 3 SETTIMANE)**

Al seguente indirizzo:

Via _____ N° _____
c.a.p. _____ Città _____ (_____)

DATA: _____

FIRMA UTENTE: _____

Per qualsiasi informazione sui referti inviare una mail all'indirizzo
medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it