

## Modulo raccolta dati per prelievo

Nome e cognome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento:

Pagamento in contanti

POS

Assegno

Bonifico su c/c **IT37G0707525701000000712892** intestato a: Abbadia Medica

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_