DELEGA PER IL RITIRO DEI REFERTI DIAGNOSTICI

Con la presente io sottoscritto/a …….

nato/a a …… il …….

delego il / la Signor / Signora

Nome e Cognome del Delegato

Documento di identità

---

al ritiro dei miei referti diagnostici presso la Servizi Medici s.r.l.

Data _____ Firma _____