

MODULO PRENOTAZIONE ESAMI DEL SANGUE

COGNOME E NOME _____

C.F. _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ PROV. _____

VIA _____

CELL. _____ EMAIL _____

- IMPEGNATIVA DEL MEDICO**
(allegare impegnativa al presente modulo)

- PRENOTAZIONE ESAMI DEL SANGUE SENZA IMPEGNATIVA**
(nella sezione sottostante barrare il pacchetto desiderato OPPURE indicare gli esami richiesti):

- CHECK-UP ANALISI MINI € 20
- CHECK-UP ANALISI UNDER 45 ANNI € 50
- CHECK-UP ANALISI OVER 45 ANNI - DONNA € 70
- CHECK-UP ANALISI OVER 45 ANNI - UOMO € 70
- CHECK-UP ANALISI PLUS UNDER 45 ANNI - DONNA € 100
- CHECK-UP ANALISI PLUS UNDER 45 ANNI - UOMO € 90
- CHECK-UP ANALISI PLUS OVER 45 ANNI - DONNA € 130
- CHECK-UP ANALISI PLUS OVER 45 ANNI - UOMO € 130
- CHECK-UP ANALISI ENDOCRINOLOGICO - DONNA € 80
- CHECK-UP ANALISI ENDOCRINOLOGICO - UOMO € 70
- CHECK-UP ANALISI MENOPAUSA € 100
- CHECK-UP ANALISI CARDIOVASCOLARE € 55
- CHECK-UP ANALISI TIROIDE € 40
- CHECK-UP ANALISI EPATICO € 50
- CHECK-UP ANALISI RENALE € 35
- CHECK-UP ANALISI GASTROENTEROLOGICO € 70
- CHECK-UP ANALISI INFETTIVO € 75
- CHECK-UP ANALISI SINDROME METABOLICA € 40

SCELTA RITIRO ESAMI:

- Consultazione referto sul portale Medical Gamma _____
(indicare email per ricevere le credenziali di accesso)
- Ritiro referto cartaceo presso il Comune di San Fiorano

Data _____

Firma _____