

## RICHIESTA SERVIZIO PRELIEVO EMATICO

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Luogo e via di residenza	
Prelievo a domicilio*	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cellulare	
Firma	

\*Il prelievo a domicilio potrà essere richiesto esclusivamente da quei pazienti allettati o con certificazione di non deambulazione.

Il presente **modulo** dovrà essere riposto **debitamente compilato** all'interno di una busta chiusa, insieme all'**impegnativa** per le analisi, **entro e non oltre il mercoledì antecedente all'esame**. Il tutto dovrà essere inserito all'interno della cassetta postale sita all'ingresso dell'ambulatorio del medico di base. Si ricorda che il servizio è rivolto esclusivamente ai residenti nel Comune di Muros. Il ticket potrà essere pagato al personale infermieristico al momento del prelievo. **Al momento del prelievo sarà rilasciato apposito codice utente che consentirà di scaricare i referti delle analisi presso la farmacia.**

Per ulteriori informazioni: il Quadrifoglio S.r.l. Cell. 3401800167

### CALENDARIO PRELIEVI ANNO 2023

Lunedì 12 giugno - Lunedì 10 luglio – lunedì 7 agosto – Lunedì 4 settembre  
Lunedì 9 ottobre – Lunedì 13 novembre – Lunedì 3 dicembre