



DELEGA PER IL RITIRO DEI REFERTI

Io sottoscritt* (nome e cognome delegante) _____
Nat* a _____ il _____
(allegare fotocopia di un documento di identità valido).

DELEGA

(nome e cognome del delegato) _____
Nat* a _____ il _____
(che si presenterà al momento del ritiro dei referti con un documento di identità valido).

A RITIRARE IN PROPRIA VECE I SEGUENTI REFERTI:

Data e luogo

Firma del delegante

Amicodentista S.r.l.

Sede operativa e legale: via Lura n. 37
21042 Caronno Pertusella VA
p.iva/cf 03022690121
Reg. imprese di Varese n. 314113
Cap. Soc. € 10.000,00 i.v.

Tel: 0296451075
Odontoiatria: 0296451075
Dalla Svizzera: 0912280189
Segreteria@amicodentista.com
www.amicomedico.amicodentista.com

Direttore sanitario
dottor Maurizio Pedone
iscritto all'ordine dei Medici di Varese
Albo degli Odontoiatri n. 00929
Albo dei Medici n. 04566