

CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE S.r.l.

Richiesta Cartelle Cliniche

Modalita' di Pagamento

A : Contanti presso sportello Ufficio Cassa

B : Tramite Bonifico Bancario presso:

Poste Italiane S.P.A C/C nr. 000014702310

Abi 07601 Cab. 12200 Cin L

Iban : IT70L0760112200000014702310

C : Tramite Bollettino Postale

Banco Posta C/C nr. 14702310

N.B. Per i casi B e C inviare al seguente nr. di fax

0426/321494 o al seguente indirizzo e-mail

ufficiocassa@casadicuraportoviro.it

copia della contabile di pagamento