

ORDINE n° _____

RICHIESTA SACCHE DI SANGUE INTERO

DATI DEL MEDICO VETERINARIO

Nome e Cognome _____

via _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Tel _____

N° iscr. _____ Ordine di _____

Struttura Veterinaria _____

P.IVA _____

Codice Fiscale _____

PEC _____ E-MAIL _____

RICHIEDE

N° di sacche	Volume della sacca	Gruppo Sanguigno	N° identificativo sacca	N° SIGLA (a cura dell'IZSM)
	250 ml Sangue Intero			
	250 ml Sangue Intero			

Ritiro della sacca presso l'IZSM (sede di Portici)	☐
Ritiro della sacca presso Sezione di dell'IZSM	☐
Spedizione tramite corriere (entro le ore 10:00 del mercoledì – consegna in 24-48 ore)	☐
Consegna rapida con personale interno (dalle ore 10:00 alle ore 13:00). Previa autorizzazione da parte dell'IZSM	☐

Non è possibile pagare con bonifico bancario o contanti.

Ricevuta la richiesta, si procederà all'invio tramite e-mail dell' **avviso di Pagamento PagoPA**, da utilizzare per effettuare il versamento attraverso gli strumenti indicati nello stesso.

Il pagamento delle sacche è a carico di :

☐ struttura veterinaria richiedente☐ privato che ritira la sacca

Nome Cognome

Cod. fiscale

E-mail

MOD. G rev 12/03/2024 pa. 2/2

Dato seguito alla consegna delle sacche, non sarà possibile la restituzione delle stesse e l'Istituto non risponde di qualsiasi problematica intercorsa successivamente.

Informativa privacy (REG UE 679/2016 GDPR) e Riservatezza dei dati. I suoi dati personali verranno trattati per le finalità inerenti lo svolgimento da parte dell'IZSM delle attività oggetto della presente richiesta. L'informativa completa sul trattamento dei dati e le modalità di esercizio dei diritti è presente sul sito istituzionale dell'Ente www.izsmportici.it

_____, lì _____

Firma e timbro del Medico Veterinario

Ritirata da ora