

Centro Diagnostico e di Analisi Mediche di A. Guarino srl

Apertura dalle ore 7:30 alle ore 19:00

Via Ferriera 61 - Avellino (AV) - 83100

Tel.: 082536535 Fax.: 0825781638

P.IVA: 03569560638 C.F.: 03569560638

Sito web: www.guarinolab.it Email: info@guarinolab.it

Autorizzazione sanitaria 87/06 - Accreditoamento definitvo DGR 46 del 07/07/2014

Fattura

N° documento: 13373L

Data documento: 08/04/2024

PAGINA 1

CLIENTE

DENHINA MARIYA

VIA FRATELLI BISOGNO 41

83100 AVELLINO (AV)

Codice fiscale: DNHMRY93P45Z138Q

Partita IVA:

MODALITA' DI PAGAMENTO

BANCOMAT

DESCRIZIONE

VOCI DI FATTURAZIONE

Prestazioni sanitarie private

[Ns. rif. 1383863 (Laboratorio analisi)]

Q.TA'

PREZZO UN.

% SCONTO

PREZZO TOT.

1

74,40

74,40

NOTE

Rif. accettazione n° 615063 del 08/04/2024

Esente IVA Art. 10 del DPR 633/72

TOTALE NON SCONTATO

% SCONTO

TOTALE SCONTATO

IMPORTO BOLLO

€ 0,00

TOTALE GENERALE

€ 74,40

Centro Diagnostico e di Analisi Mediche di A.
Indirizzo : Via Ferriera 61
Città : Avellino
Telefono : 082536535
Apertura dalle ore 7:30 alle ore 19:00



GUARINO

RICEVUTA ACCETTAZIONE

Data accettazione: **08/04/2024**
Progressivo accettazione: **0277**
Data effettuazione: **08/04/2024**

Cliente: **DENHINA MARIYA**
Codice: **107250**
Data di nascita: **05/09/1993**

***615062**
615063.

Elenco prestazioni richieste

Tempi di consegna:

| | | | |
|-----------------------|---|--------------|--|
| Importo accettazione: | € | 74,40 | <i>di cui 0.00 convenzionato e 74.40 privato</i> |
| Importo bolli: | € | 0,00 | |
| Importo pagato: | € | 74,40 | |
| Importo residuo: | € | 0,00 | |

I referti potranno essere consegnati esclusivamente agli aventi diritto presentando questa ricevuta.

In caso di impossibilità nel procedere al ritiro personalmente, si prega di delegare altra persona compilando lo spazio sottostante.

Io sottoscritto/a **DENHINA MARIYA** nato/a a **il 05/09/1993**

☐ delego al ritiro dei referti degli esami sopra indicati. Data .../.../..... Firma

☐ ritiro i referti degli esami sopra indicati.

N.B.: il/la delegato/a dovrà presentarsi (a questo sportello) munito di valido documento di riconoscimento.

Data .../.../..... Firma per ricevuta

I dati sensibili saranno trattati in base alla D.LGS. 196/03 ed alla normativa vigente in materia.

Centro Diagnostico e di Analisi Mediche di A.
Indirizzo : Via Ferriera 61
Città : Avellino
Telefono : 082536535
Apertura dalle ore 7:30 alle ore 19:00



GUARINO

RICEVUTA ACCETTAZIONE

Data accettazione: **08/04/2024**
Progressivo accettazione: **0277**
Data effettuazione: **08/04/2024**

Cliente: **DENHINA MARIYA**
Codice: **107250**
Data di nascita: **05/09/1993**

***615062**
615063.

Elenco prestazioni richieste

AZOTEMIA (urea)
BILIRUBINEMIA totale e frazionata
CREATININA - S
Esame EMOCROMOCITOMETRICO
FOSFATASI ALCALINA
Gamma GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI - S
GLICEMIA
HELICOBACTER PYLORI - anticorpi IgG
PROTEINA C REATTIVA - S
PROTEINE TOTALI - S
SIEROPROTEINE - esame elettroforetico
SODIO - S
TEMPO DI PROTROMBINA - P
TRANSAMINASI GO-AST
TRANSAMINASI GP-ALT
URINA esame chimico, fisico e microscopico
VELOCITA' DI ERITROSEDIMENTAZIONE
VELOCITA' DI FILTRAZIONE GLOMERULARE (GFR)

Puoi ritirare il tuo referto il : **10/04/2024**

Ritiro esami laboratorio dalle ore 11:00, radiologia dalle ore 15:00

I referti potranno essere consegnati esclusivamente agli aventi diritto presentando questa ricevuta.

In caso di impossibilità nel procedere al ritiro personalmente, si prega di delegare altra persona compilando lo spazio sottostante.

Io sottoscritto/a **DENHINA MARIYA** nato/a a il **05/09/1993**

☐ delego al ritiro dei referti degli esami sopra indicati. Data .../.../..... Firma

☐ ritiro i referti degli esami sopra indicati.

N.B.: il/la delegato/a dovrà presentarsi (a questo sportello) munito di valido documento di riconoscimento.

Data/...../.....

Firma per ricevuta

I dati sensibili saranno trattati in base alla D.LGS. 196/03 ed alla normativa vigente in materia.