

**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 - Accreditamento definitivo 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	Q.TA'	PREZZO UN.	% SCONTI	PREZZO TOT.
Prestazioni sanitarie private [Ns. rif. 1383863 (Laboratorio analisi)]	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**

Cliente: **DENHINA MARIYA**

Progressivo accettazione: **0277**

Codice: **107250**

Data effettuazione: **08/04/2024**

Data di nascita: **05/09/1993**

**\*615062**  
615063.

#### Elenco prestazioni richieste

#### Tempi di consegna:

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

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**

Cliente: **DENHINA MARIYA**

Progressivo accettazione: **0277**

Codice: **107250**

Data effettuazione: **08/04/2024**

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.