



Centro Dialisi estivo di Bibione
 Via Maja 6
 San Michele al Tagliamento (Ve)

MODULO DI PRENOTAZIONE DIALISI TURISTICA BIBIONE

Il /la Sottoscritto/a : _____

Residente a : _____

Tel. : _____

Cell : _____

email : _____

Centro dialisi d'appartenenza: _____

Recapito telef e e-mail del centro dialisi di provenienza : _____

Chiedo di poter dializzare presso il Vs Centro

Numero di sedute: _____ DAL _____ AL _____

Indicare il turno abituale : _____

******la Direzione si riserva il diritto di adeguare il turno di seduta richiesto dal paziente alle esigenze interne del centro dialisi e si raccomanda a tutti i pazienti la puntualità', onde evitare disagi agli altri pazienti e garantire il corretto funzionamento del servizio dialisi ******

In attesa di Vs conferma, porgo Cordiali Saluti.

Data _____

I PAZIENTI HbsAg Positivi SONO ESCLUSI DAL TRATTAMENTO PRESSO IL NOSTRO CENTRO

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI



Centro Dialisi estivo di Bibione
Via Maja 6
San Michele al Tagliamento (Ve) - Italia

Buchungsformular - Bibione Feriendialyse 2022

Name: _____

Vorname : _____

Adresse: _____ Stadt: _____

Tel. or Handy: _____

Bitte, anzugeben:

Das Zeitraum und die Anzahl der Dialysebehandlungen: n° _____

Vom _____ bis _____

Bitte, die eigene Verschiebungen angeben: _____

******VORSICHT , DIE TAGE UND SCHICHTEN WERDEN AUF DER GRUNDLADE
DER VERBLEIBEDEN VERFUEGBARKEIT ZUGEWISSEN!*****

Telefonnummer und Adresse e-mail von eigenem Dialysezentrum :

Mit Freundliche Gruesse

Datum _____

! DARF MAN NICHT PATIENTEN HbsAg POSITIV AKZEPTIEREN !

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI



Centro Dialisi estivo di Bibione
Via Maja 6
San Michele al Tagliamento (Ve) - Italia

Form booking dialysis Bibione 2022

Surname: _____

First name : _____

Adress: _____ City: _____

Telephon or Mobile: _____

Please indicate:

The period and the number of dialysis treatments n° _____

From _____ To _____

***** The management reserves the right to adapt the session shift requested by the patient to the internal needs of the dialysis center and to the availability of places*****

Phone number or E-MAIL ADDRESS of the dialysis center of origin:

Date and place

Best Regards

!!!! YOU MUST NOT ACCEPT PATIENTS HbsAg POSITIVE!!!!

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEFROLOGIA E DIALISI