

## SOL·LICITUD DE CITOLOGIA / BIÒPSIA

Data ..... Centre sol·licitant .....

Nom del / de la pacient .....

Edat ..... Data naixement .....

Doctor/a sol·licitant .....

Entitat Asseguradora (Mútua) .....

Núm. Història Clínica .....

Dades clíniques .....

Localització de la mostra .....

Tipus de prova i/o mostra .....

Dades ginecològiques .....

DUR .....

Mètode anticonceptiu .....

En virtut d'allò establert a la Llei 15/1999 i la LSSICE 34/2002, informem que les seves dades formen part d'un fitxer titularitat d'ELDINE PATOLOGIA SLP. Les dades que ens faciliti com a pacient seran tractades amb la finalitat de dur a terme el servei sol·licitat. Vostè pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a la següent adreça: CARRER DEL PLOM, 32 PORTA 19, 43006 TARRAGONA



C. del Plom, 32 Porta 19  
Polígon Riuclar  
43006 Tarragona  
Tel. 977 139 610

Plaça 1 d'Octubre 6-8 2n pis  
Clínica Terres de l'Ebre  
43500 Tortosa  
Tel. 977 588 202

info@eldinepatologia.com · www.eldinepatologia.com