

TEST RICHIESTO

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> BASE
€ 400 | <input type="checkbox"/> BASE PLUS
€ 530 | <input type="checkbox"/> BASE PLUS + 21 MICRODELEZIONI
€ 600 | <input type="checkbox"/> CARIOTIPO
€ 660 |
| <input type="checkbox"/> CARIOTIPO PLUS
€ 950 | <input type="checkbox"/> CARIOTIPO PLUS + MALATTIE MONOGENICHE
€ 1200 | <input type="checkbox"/> TOTAL SCREEN
€ 1500 | |

NOTE (indicare eventuali variazioni, per esempio Analisi Malattie Monogeniche e relativo prezzo)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Si ricorda che la fattura emessa da parte del Centro Altamedica sarà intestata alla paziente.

In caso di intestatario differente tali indicazioni vanno inserite in fase di richiesta, insieme ai riferimenti del nuovo intestatario.

È necessario indicare nella causale del bonifico bancario il nome e cognome del paziente che effettua il test e il numero della richiesta indicato nella prima pagina di questo documento.

Di seguito i nostri riferimenti bancari:

Artemisia Spa

Banca: **Banco di Sardegna**

Numero conto corrente: **18541**

IBAN: IT 46 0 01015 03200 00000018541

REFERTAZIONE

Rivolgersi al proprio medico all'atto della consultazione.