

Compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile per evitare ritardi nell'elaborazione della richiesta

please fill in carefully in capital letters - unclarities may cause delays

I campi con asterisco sono obbligatori \*

Dati del Paziente/ Patient Data
Iniziali Paziente / Patient Initials *: _____
Genere / Gender*: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data di nascita / Date of Birth *: ____/____/____

Dati medico ordinante/ Ordering Physician info
Ospedale / Office/Practice/Institution Name* _____
Medico Richiedente / Ordering Physician*: _____
Indirizzo lavorativo / Business Address*: _____
Città/City *                      Codice postale/Zip code* _____
Telefono / Telephone*: _____
Fax / Fax*: _____
E-mail / E-mail*: _____

Il paziente è stato informato ed ha sottoscritto il consenso informato/ I hereby confirm that the patient has been informed and provided his/her consent\*

Firma del medico ordinante / Ordering Physician signature\* \_\_\_\_\_

Dati Patologo/ Pathology information	
Ospedale / Office/Practice/Institution Name*: _____	
Patologo di riferimento / -Submitting Pathologist*: _____	
Indirizzo lavorativo / Business Address*: _____	Città/City* – Codice postale /Zip code* _____
Telefono / Telephone *: _____	Fax / Fax*: _____
E-mail / E-mail*: _____	

Dati Acquirente per Fatturazione*	
Ente -Persona Giuridical/ Legal entity*: _____	Nome Cognome Persona Fisica / payer name-surname*: _____
Indirizzo completo/ Address*: _____	Indirizzo completo/ Address*: _____
Ragione sociale/ Company name* : _____	Codice Fiscale/Tax code * : _____
Partita IVA/Codice Fiscale/ Tax code *: _____	Indirizzo E-mail/ E-mail : _____
Se ente pubblico indicare il Codice Ufficio Fatturazione Elettronica /If public entity please add CUF code*: _____	Telefono/ Phone number*: _____

**Metodo di pagamento / Mode of Payment \***  
**Rimessa Diretta Mediante Bonifico Bancario a 60 gg data fattura /Bank Transfer (after receipt of invoice)**

© 2017 Foundation Medicine®, Inc. Foundation Medicine® e Foundationone® sono marchi commerciali registrati. ONE-V-001-2014092

Roche è il distributore autorizzato dei prodotti di Foundation Medicine® al di fuori degli Stati Uniti d'America.



**Compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile per evitare ritardi nell'elaborazione della richiesta***please fill in carefully in capital letters - unclarities may cause delays*

I campi con asterisco sono obbligatori \*

<b>Se sei già cliente di Roche spa verranno mantenute le modalità di pagamento attualmente in essere/If you are already a Roche spa client, Roche spa will apply your contractual conditions</b>	
Firma dell'acquirente * / Payer Signature*: _____	
Codice identificativo ( creato da Roche per identificare il campione ) Identification number ( roche assigned number to identify the sample)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>