

RICOVERO CON MAGGIOR COMFORT ALBERGHIERO "ALBERGAGGIO"

Per il paziente, in regime di ricovero istituzionale o libera professione, è possibile usufruire del trattamento di maggior comfort alberghiero richiedendo il ricovero in camera singola, ove disponibile, al costo di **Euro 99,00 al giorno, Iva inclusa**. La tariffa comprende l'uso esclusivo della camera ed, eventualmente, la possibilità del posto letto per l'accompagnatore. La camera singola potrà essere garantita compatibilmente con le esigenze organizzative delle strutture di degenza e non dà diritto alla scelta del medico curante.

Il/La sottoscritto/a.....

in qualità di assistito genitore tutore di

compilare con i dati dell'assistito:

Cognome Nome

Nato/a..... prov. il.....

C.F.....

Residente in..... prov. CAP.....

Via..... n.....

Tel. n e-mail.....

Ricoverato/a nel reparto

DICHIARA

- Di scegliere l'opzione "trattamento di maggior comfort alberghiero" al costo di € 99,00 (Euro 90,00 + IVA 10%) a giornata.
- Di essere a conoscenza che la possibilità di utilizzare la camera ad uso singolo assegnata potrà essere revocata nel corso del ricovero in caso di necessità e di carenza di posti letto e che, nel caso di interruzione anticipata del servizio, saranno fatturate solo le giornate effettivamente godute.
- Di impegnarsi al pagamento della somma dovuta entro 30 giorni dalla data di ricevimento fattura.

Allegare documento d'identità dell'assistito e del genitore/tutore

.....,

FIRMA LEGGIBILE

.....

Da compilarsi a cura del reparto.

Inviare alla SOC Libera professione e prestazioni in convenzione prestazioni.liberaprofessione@asufc.sanita.fvg.it per la fatturazione.

Il/La Sig./Sig.ra.....

durante il suo ricovero nel reparto.....

ha usufruito dell'opzione "albergaggio" dalal Per un totale di n°..... giornate.

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO

.....