



ISTANZA PER CAMERA A PAGAMENTO PRESSO L'U.O. _____

MOD. DIR. SAN. 24/ISTANZA CAMERA A PAGAMENTO

Rev. 00 del 13/09/2024

Pagina 1

Il/La sottoscritto/a _____

chiede

per se

per il/la Sig.r/a _____ in qualità di _____

di poter usufruire di una camera privata a pagamento e del relativo confort alberghiero, alla seguente tariffa:

€. 165,00 (Iva compresa) al giorno,

a far data dal _____ fino al giorno di dimissione.

L'Intestatario fattura è: _____

Detto modulo dovrà essere restituito, sottoscritto per accettazione, all'Ufficio Ricoveri ed allegato in C.C.E.

La parte è altresì messa a conoscenza che, la sopravvenienza di urgenze può comportare la non disponibilità della camera a pagamento per il periodo richiesto. La sottoscrizione del preventivo di spesa comporta, da parte dell'istante, l'accettazione del tariffario della Casa di Cura.

IMPORTANTE: Il paziente s'impegna ad esibire il presente modulo al personale dell'ufficio accettazione il giorno della dimissione.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL REPARTO

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di _____ comunica che la richiedente ha usufruito della camera a pagamento per _____ giorni.

Data _____

Firma _____