

IMPEGNO DI SPESA PER RICOVERO DI DEGENTI "SOLVENTI IN PROPRIO"

OSPITE: _____

Residente a _____ Via _____

RICOVERO PROGRAMMATO PER IL GIORNO _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____

Grado di parentela _____ Tel. _____

Residente a _____ Via _____

L'ospite, ovvero il familiare di riferimento, è edotto che la retta giornaliera nel Reparto assegnato dalla Direzione Sanitaria è di €86,00 per l'anno in corso.

L'importo della stessa potrà essere soggetto a variazioni che verranno comunicate direttamente all'ospite, ovvero al familiare, che si impegna al pagamento della degenza.

Alla fine di ogni mese l'Ufficio Accettazione predisporrà la fattura che dovrà essere pagata entro il 15 del mese successivo a cui si riferisce, nei seguenti modi:

direttamente presso la tesoreria dell'Ente, Banca Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza, filiale di San Giovanni in Croce;

attraverso bonifico bancario, fornendo all'Ufficio Accettazione l'indirizzo e le coordinate della banca alla quale spedire la fattura.

Sono a carico dell'ospite gli oneri derivanti dalle spese sanitarie (ticket) imposti dalle normative vigenti.

L'Ente non risponde degli effetti personali di valore o denaro custoditi in comodini ed armadi; i pazienti hanno diritto, nel caso lo richiedano, alla custodia presso l'Ufficio Ragioneria; detto servizio è gratuito e sarà garantito dal Lunedì al Venerdì.

Per quanto non precisato valgono le disposizioni previste dal regolamento dell'Ente.

L'ospite o il familiare nel sottoscrivere la presente nota dichiarano di accettare incondizionatamente quanto in essa contenuto e si impegnano a rispettarla.

PER ACCETTAZIONE

Banca d'appoggio del degente:

Denominazione _____

Filiale _____

ABI _____ CAB _____ c/c n° _____