

**ACCETTAZIONE RICOVERO SSN
CON DIFFERENZA ALBERGHIERA
U.O. DI RIABILITAZIONE**

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via / Piazza _____

C.F. _____

dichiara di essere ricoverato in regime di ricovero ordinario con il Servizio Sanitario Nazionale con differenza alberghiera a carico del sottoscritto presso la Casa di Cura Habilita Spa.

Data _____

Firma _____

ZINGONIA

BERGAMO

ALBINO

BONATE SOTTO

SARNICO

CLUSONE

OSIO SOTTO

HABILITA SPA Via Bologna 1 - 24040 Zingonia di Ciserano (BG) - T +39 035 4815511 - FAX 035 882402 - C.F. e P.Iva 00765430160 - Cap. Soc. Euro 780.000 i.v.

Rea n° 171358 della C.C.I.A.A. di Bergamo - Ufficio del registro delle imprese - Tribunale di Bergamo n° 13451

Se familiare precisare estremi documento d'identità.

Cognome e nome _____

Carta d'identità n° _____ rilasciata il _____

Comune di _____ Prov. _____

Grado di parentela _____

Data _____

Firma _____

Allegare copia documento d'identità

Io sottoscritto/a _____

in relazione al proprio ricovero del _____

si dichiara a conoscenza che codesta Casa di Cura è accreditata con il S.S.N.

Dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza del fatto di poter essere ricoverato nella Unità Operativa di degenza accreditata, con la sola osservanza dei tempi previsti dalle liste d'attesa che al momento attuale si prevedono in gg. _____, senza oneri a carico;
- di scegliere, di converso e liberamente, il ricovero in forma privata;
- di assumere conseguentemente a proprio carico ed a liquidare all'atto della dimissione, tutti i corrispettivi delle prestazioni (al netto di eventuali acconti), di carattere sanitario e non, previsti dal listino prezzi della Casa di Cura di cui ha preso conoscenza.

In fede.

Data _____

Firma _____

Se familiare precisare estremi documento d'identità.

Cognome e nome _____

Carta d'identità n° _____ rilasciata il _____

Comune di _____ Prov. _____

Grado di parentela _____

Data _____

Firma _____

Allegare copia documento d'identità