



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE "A.S.S.T." di BERGAMO EST
Via Paderno, 21 – 24068 SERIATE (BG)
C.F. e P.IVA 04114380167

OSPEDALE di _____

TRATTAMENTO ALBERGHIERO DIFFERENZIATO

"Richiesta"

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ Residente in _____ Via _____

in relazione al proprio ricovero nella Divisione di _____

oppure

Il / la sottoscritto/a (quale legale rappresentante) _____ nato/a a _____

Il _____ Residente in _____ Via _____

in relazione al ricovero del/la sig./ra _____

C H I E D E

di poter usufruire del trattamento alberghiero differenziato - **€ 200,00 (IVA 10% compresa)**, per ogni giornata di degenza e **si impegna**, senza eccezione o riserva alcuna, a pagare a codesta A.S.S.T. il conseguente onere all'atto della dimissione ospedaliera.

Data _____

(firma del richiedente o suo delegato)

"Obbligazione"

Il giorno _____ è stato accolto, con trattamento alberghiero differenziato nella
Divisione di _____, il/la Signor/ Signora

_____ ed è stato richiesto il pagamento di un acconto pari a
n. 1 giornata di degenza, di **€ 200,00 (IVA 10% compresa)**.

In data _____ il paziente viene dimesso e viene invitato a versare presso gli
sportelli CUP l'importo a **saldo** per ulteriori n. _____ giornate di degenza usufruite.

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO
