



ISTITUTO GIANNINA GASLINI

U.O. SERVIZI AMM.VI SANITARI
VIA G. GASLINI 5 - 16147 GENOVA

ISTANZA PER CAMERA A PAGAMENTO PRESSO L'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

La sottoscritta

Residente a Prov.

Via/P.zza Tel. chiede

☐ per se stessa ovvero

☐ per la Sig.ra

Di poter usufruire di camera a pagamento e relativo comfort alberghiero, alle seguenti tariffe:

- €. 165,00 (Iva compresa) al giorno, senza accompagnatore
- €. 189,40 (Iva compresa) al giorno, con accompagnatore

nei seguenti giorni

Intestatario fattura

Detto modulo dovrà essere restituito, sottoscritto per accettazione, alla U.O. Servizi Amministrativi Sanitari via posta all'indirizzo sopra indicato o ai seguenti indirizzi e – mail:
antonietacomite@gaslini.org; luigibertulla@gaslini.org; francescaparodi@gaslini.org

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 dell'Istituto.

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, di cui:

- n. giorni senza accompagnatore
- n. giorni con accompagnatore

Data

Firma