



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 via Fax 010/380432 o ai seguenti indirizzi e – mail: antoniettacomite@ospedale-gaslini.ge.it; luigibertulla@ospedale-gaslini.ge.it; lauracrescini@ospedale-gaslini.ge.it; giovannatamborra@ospedale-gaslini.ge.it

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