

Staff Programmazione e controllo
Dr.ssa Elena Costa - Direttore

MODULO RICHIESTA CAMERA A PAGAMENTO C/O OSTETRICIA

La sottoscritta _____ nata a _____

Il _____ residente a _____

via _____ n. _____

telefono _____

Codice Fiscale _____

dovendo essere ricoverata presso la Struttura di Ostetricia e Ginecologia per parto presunto in

data _____

CHIEDE

Il ricovero in camera condivisa ubicata c/o la struttura d Ostetricia E Ginecologia, a far tempo dalla data di ricovero e fino al giorno della dimissione.

L'importo da corrispondere risulta pari ad € 69,30 (€ 63,00 + IVA 10%) per gg di degenza.

Allego copia documento di identità

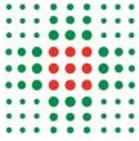
La paziente

Reggio Emilia li _____

Staff Programmazione e controllo
Ufficio Libera Professione
Viale Risorgimento, 80 - 42123 Reggio Emilia
T. +39.0522.296053 - +39.0522.295900
Fax +39.0522.296795

Sede Legale: Via Amendola, 2 - 42122 Reggio Emilia
C.F. e Partita IVA 01598570354

ufficioliberaprofessione@ausl.re.it



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Staff Programmazione e controllo
Dr.ssa Elena Costa - Direttore

Parte riservata all'Azienda

La paziente Sig.ra _____

ricoverata presso la Struttura di _Ostetricia e Ginecologia _____

dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova – IRCCS di Reggio Emilia

dal _____ al _____

(n. nosologico) _____

deve corrispondere l'importo corrispondente a n. _____ giorni di ricovero,

avendo richiesto l'utilizzo di camera a pagamento.

Codice cassa 4000A

Reggio Emilia li _____

L'ostetrica coordinatore

Staff Programmazione e controllo
Ufficio Libera Professione
Viale Risorgimento n. 80
42123 Reggio Emilia
Tel 0522 296053 0522 295900
Fax 0522 296795
ufficioliberalprofessione@ausl.re.it

Sede Legale: Via Amendola, 2 - 42122 Reggio Emilia
C.F. e Partita IVA 01598570354