

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE IMPEGNATIVA

(a cura del parente o persona di riferimento dell'ospite o dell'ospite se provvede autonomamente al pagamento della retta)

Il sottoscritto _____ nat ___ a _____

Prov. _____ il _____ residente a _____

Prov. _____ in Via _____

Telefono _____ mail _____

In relazione alla domanda di ingresso del Sig. / Sig.ra _____

Si obbliga per sé e per gli eredi

- ✓ Al pagamento mensile della retta di degenza compresa tra 1.800 e 2.400 euro in base al livello di bisogno assistenziale per l'ospite sopracitato.
- ✓ La retta deve essere versata attraverso bonifico bancario entro il quinto giorno di ogni mese.
- ✓ Al pagamento di tutti gli aumenti della predetta retta di degenza che verranno stabiliti da codesta Amministrazione
- ✓ Al pagamento delle eventuali spese di medicinali, ticket e cure particolari da prestarsi all'ospite medesimo
- ✓ Al pagamento delle spese di accompagnamento per visite specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali fuori sede
- ✓ Al ritiro tempestivo ed insindacabile dell'ospite in parola su richiesta motivata della Direzione della Struttura

Dichiara

- ✓ Di accettare tutte le condizioni per il soggiorno in codesta struttura compresa la mobilità delle camere per una più idonea sistemazione, nel caso di aggravamento del grado di salute o in base alle esigenze di organizzazione interna della struttura
- ✓ Di accettare eventuali modifiche della retta legate alla variazione dello stato di salute dell'ospite o per i diversi servizi prestati
- ✓ Che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione del ricoverando
- ✓ Che l'impegnativa sarà valida per tutta la durata della degenza dell'ospite

Luogo e data

Firma

Sede Fiscale