ALLEGATO I)

PAZIENTE RICOVERATO IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE RICHIESTA ULTERIORI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

All'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2
"Bassa Friulana-Isontina"
V. Vittorio Veneto, 174 - Gorizia

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. __) il __/__/____ codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

residente a _____ (Prov. __) in via _____

ricoverato in regime di libera professione intramuraria

c/o la Struttura (reparto) _____

del Presidio Ospedaliero _____

Sede di _____

preso atto

che, in base alla normativa vigente, i pazienti ricoverati in regime libero professionale possono richiedere con oneri a proprio carico anche prestazioni da parte di altri specialisti di volta in volta individuati nominativamente

informato

che per accedere alle prestazioni richieste il paziente deve provvedere preventivamente all'integrale pagamento delle stesse;

chiede

di poter usufruire delle prestazioni libero professionali sotto riportate,

assicurate dal/la dott.a _____

che sottoscrive per adesione la richiesta

_____ _____

(Professionista) (firma per adesione)

Da trasmettere alla SSD "Libera Professione

PRESTAZIONI	**TARIFFA** in €
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
totale	

si impegna

al versamento del 100% della spesa preventivata pari a € _____, salvo conguaglio.

Data _____

Firma del Richiedente

_____