

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Inf.e cons.Rimb. prericov. (DM.MO.2189.00).doc pag1/1
--	---------------	--

INFORMATIVA E CONSENSO IN MATERIA DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE IN PRERICOVERO

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____ e residente in _____

via _____

DICHIARA

- 1) Di essere stato debitamente informato che, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato, sarò tenuto al pagamento dell'intera tariffa di rimborso delle singole prestazioni ricevute;
- 2) Di essere stato debitamente informato che, il costo da corrispondere sarà calcolato come somma delle tariffe delle prestazioni ricevute durante il prericovero desunte dal Nomenclatore Tariffario Regionale

Il sottoscritto, pertanto,

ESPRIME

Il proprio libero e informato consenso a:

corrispondere all'ASL VC l'intera tariffa di rimborso (calcolata come indicato al punto 2 della presente dichiarazione) delle singole prestazioni ricevute, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato.

Vercelli

Data _____

Firma _____

Stesura: Michela Nazario-Amm. DM-Ottobre 2017	Verifica: Dr.ssa Ferraris. Direttore ff. D.M-Ottobre 2017.	Autorizzazione: Dr.ssa Ferraris. Direttore ff. D.M.- Ottobre 2017	Emissione: Dr.ssa T.Ferraris. Direttore ff. D.M.- Ottobre 2017
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			