PAGAMENTO TICKET PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA

IL/La Sig._____nato/a _____

Il_____ residente a_____

Prov. di _____ in via/piazza _____ n°_____

C. F [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__]

Tel [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__]

Cell. [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__] [__]

identificato mediante idoneo documento _____rilasciato da _____

il _____ n° Documento _____

DICHIARA

Di aver usufruito di Guardia Medica/Turistica sede di_____ per prestazioni sanitarie soggette alla compartecipazione al costo del Servizio da parte dell'utenza:

- VISITA AMBULATORIALE **€ 20,00**
- VISITA DOMICILIARE **€ 35,00**
- VISITA DI CONTROLLO – VISITA BREVE FINALIZZATA A EVENTUALE RIPETIZIONE DI PRESCRIZIONE MEDICA - TERAPIA INIETTIVA, CICLO DI MEDICAZIONE, MISURAZIONE PRESSIONE **€ 8,00**

SI IMPEGNA

A versare quanto dovuto entro cinque giorni €._____ con una delle seguenti modalità:

1) presso le casse ticket o totem dei poliambulatori o ospedali;
2) versamento sul CC Postale 813195 intestato a: Azienda Socio Sanitaria locale 1-Sassari (causale : ticket per prestazioni di Assistenza Sanitaria Turistica).
3) Bonifico c/c postale iban: IT25Q0760117200001058813195 intestato a: Azienda Socio Sanitaria locale 1-Sassari (causale : ticket per prestazioni di Assistenza Sanitaria Turistica).

Data _____

Il Medico di Turno

I Paziente