

Ammissione di ospiti nella Fondazione Robert Prossliner Impegnativa di pagamento della retta di ricovero

Alla Spett.le
Casa di Riposo e Degenza
Fondazione Robert Prossliner
Truidn 11
39040 Ora
Telefono: 0471 816 700
E-mail: info@prosslinerstiftung.it

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ nr. _____
codice fiscale _____

ha fatto domanda per l'ammissione presso la Casa di Riposo Robert Prossliner

La retta giornaliera presentata dall'amministrazione ammonta a € _____

Data di ammissione (inizio calcolo della retta giornaliera) _____

Il/La sig./ra _____

oppure (parente dell'ospite) _____

si impegna a pagare l'importo totale della retta e di accettare tutti i futuri adeguamenti annuali della retta, salvo il diritto di inoltrare una domanda per una partecipazione tariffaria presso il comune di residenza di competenza.

Data

Firma del richiedente