

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di familiare del paziente Sig./ra \_\_\_\_\_

in cura presso l'Unità di Cure Palliative domiciliari dell'Hospice Gemelli Medical Center, **richiede** di aderire al servizio di consegna a domicilio alla tariffa agevolata di:

- € 15,00 (IVA incl.) a consegna per farmaci e presidi
- € 40,00 (IVA incl.) a consegna per letti articolati, carrozzine e comode (consegnati fino al piano strada)
- € 50,00 (IVA incl.) a consegna per letti articolati, carrozzine e comode (consegnati fino al piano ingresso)

**Per ogni presidio richiesto è necessario versare un deposito cauzionale che verrà restituito**

**Deposito cauzionale di € 50,00 per** Asta flebo e supporto fleboclisi, Materasso antidecubito, Deambulatore a 2 ruote, Deambulatore a 4 ruote;

**Deposito cauzionale di € 100,00 per** Pompa nutrizionale, Sedia a rotelle, Sedia a rotelle slim, Sedia a rotelle tipo comoda, Letto articolato;

**LA FATTURA DOVRÁ ESSERE INTESTATA COME SEGUE:**

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP

Città

Codice fiscale

Telefono

**MODALITÀ DI PAGAMENTO:**

- Contanti alla consegna    Bancomat/Carta di credito    Bonifico Anticipato

L'adesione al servizio non è obbligatoria e dovrà essere richiesta per ogni singola consegna tramite l'invio del presente modulo all'indirizzo di posta: **info@gemellimedicalcenter.it** - Maggiori info al numero **338 6217867**

Roma, \_\_\_\_\_

**Letto approvato e sottoscritto.**  
**"IL COMODATARIO"**

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso)

**"IL COMODANTE"**  
**GEMELLI MEDICAL CENTER Spa S.B.**  
**Hospice Gemelli Medical Center**