Gemelli Medical Center

RICHIESTA CONSEGNA A DOMICILIO DI FARMACI E PRESIDI

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di famigliare del paziente Sig./ra

in cura presso l'Unità di Cure Pallitive domiciliari dell'Hospice Gemelli Medical Center

richiede di aderire al servizio di **consegna e/o ritiro** a domicilio alla tariffa agevolata di:

☐ ***€ 15,00 (IVA incl.)*** *a consegna per farmaci e presidi*

☐ ***€ 40,00 (IVA incl.)*** *a consegna e/o ritiro per letti articolati, carrozzine e comode (consegnati fino al piano strada)*

☐ ***€ 50,00 (IVA incl.)*** *a consegna e/o ritiro per letti articolati, carrozzine e comode (consegnati fino al piano ingresso)*

LA FATTURA DOVRÁ ESSERE INTESTATA COME SEGUE:

Cognome

Nome

Indirizzo CAP

Indirizzo domiciliazione (se diverso da fatturazione) CAP

Città

Codice fiscale Telefono

MODALITÁ 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