

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 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

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