

**MODULO LP**

**PREVENTIVO / OBBLIGAZIONE di PAGAMENTO  
PAZIENTE**

Monza, 10 settembre 2013

Paziente:	<b>RASOAMIARANA MARIE JEANNETTE</b>	Tel.:	<b>0</b>
Indirizzo:			<b>0</b>
Intervento:	<b>timpanoplastica con mastoidectomia</b>	N. gg. Degenza:	<b>3</b>

<b>PREVENTIVO RICOVERO IN LIBERA PROFESSIONE</b>	équipe chirurgica	€	3.150,00
	medico anestesista	€	700,00
	personale di Unità Operativa	€	259,00
	personale di sala e di supporto Blocco Operatorio	€	636,50
	personale di supporto Centrale di Sterilizzazione	€	81,00
	quota compenso operatori di competenza aziendale	€	1.062,55
	quota personale non medico di supporto indiretto	€	267,00
	quota personale medico di supporto indiretto	€	222,50
	spese di ricovero e cura	€	2.387,39
	Totale imponibile	€	8.765,94
Bollo	€	2,00	
<b>Totale complessivo</b>	<b>€</b>	<b>8.767,94</b>	

Gli importi previsti nel preventivo sono valorizzati sulla base del programma diagnostico terapeutico predisposto dal medico. Potranno verificarsi modifiche degli importi qualora le necessità emergenti nell'iter diagnostico terapeutico richiedessero ulteriori e/o differenti adempimenti.

**Prima della dimissione:** occorre recarsi all'Ufficio Ricoveri Libera Professione, sito al piano terra del Sett. A  
orari di apertura: da lunedì a venerdì - feriali - dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00  
per saldare il costo del ricovero, a mezzo bonifico bancario o eventuale assegno.

Responsabile procedimento: Dott.ssa Roberta Mazzoli  
Pratica trattata da: Sigg.re G. Gasparetti, D. Pase \*\*\* tel. 039.233 9253-5  
e-mail: ricoveri.lp@hsgerardo.org \*\*\* fax 039.233 9249

<b>OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO</b>	<b>Compilare, firmare e consegnare all'Ufficio Ricoveri Libera Professione IL GIORNO DI INGRESSO O QUALCHE GIORNO PRIMA</b>	
Chiedo la partecipazione al ricovero del Dott./Prof.	Medico di Riferimento	
	<b>DOTT. GIOVANNI CAVENAGHI</b>	
Dichiaro altresì, presa visione del preventivo suindicato:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• di essere stato informato su tutti gli oneri relativi alle prestazioni medico-chirurgiche, di compartecipazione ai costi relativi al ricovero e dell'eventuale utilizzo di camere singole private</li> <li>• di impegnarmi a provvedere al pagamento secondo le modalità indicate in preventivo.</li> <li>• di esprimere il consenso al trattamento dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. al fine di permettere all'A.O. San Gerardo di erogare le prestazioni sanitarie e i relativi servizi amministrativi.</li> </ul>		
Firma Richiedente		Data