

IMPEGNO DI SPESA PER RICOVERO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

in qualità di _____
(SPECIFICARE GRADO PARENTELA O ALTRO – ES. PADRE/MADRE, MARITO/ MOGLIE, AMICO/A, DATORE DI LAVORO, ECC.)

di _____
(NOME PAZIENTE)

indirizzo di residenza nel Paese di Origine _____

Domicilio/residenza in Italia _____

e-mail _____

C.Fiscale _____ N. Tel. _____

SI IMPEGNA

A SOSTENERE TUTTI GLI ONERI RELATIVI AL RICOVERO che vengono determinati sulla base del D.R.G.¹ preventivato a seguito della diagnosi di accoglimento, ma che potrebbe subire modifiche alla dimissione (per eccesso o per difetto), che all'atto di questa sottoscrizione non è determinabile in modo definitivo. Si impegna, quindi, a saldare eventuali modifiche/integrazioni successive, qualora dovute a seguito di variazioni del percorso di cura e quindi del DRG. Tali oneri sono calcolati in base alle tariffe previste dalla normativa Nazionale e Regionale vigente.

Il sottoscritto quindi assume l'obbligo del pagamento del ricovero nel Reparto _____ nel periodo _____

mediante accredito sul **conto corrente bancario:**

c.c.b. BIC: PASCITMM IBAN: IT69C0103012134000001100168

**Intestato a: TESORIERE AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA**

Una volta perfezionata la scheda di dimissione ospedaliera da parte dell'Unità Operativa, verrà emessa fattura definitiva.

(luogo e data)

(firma)

¹ Il D.R.G. (Diagnosis Related Group) è il gruppo o la categoria in cui rientra il ricovero e determina il costo della prestazione: il D.R.G. viene calcolato sulla base della diagnosi di dimissione e delle giornate di degenza e pertanto può essere determinato solo all'atto della dimissione.