

Calicantus S.r.l.

Casa di Riposo

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La Sottoscritto/a

Residente a Cap

Via N..... Tel

CHIEDE

che a decorrere dal venga ammesso quale Ospite di Codesta RSA

Il/La Sig/Sig.ra C.F.

Nato/a a Il

Residente a

Via Cap

*La somma dovuta relativa alla retta fissa giornaliera per degenza è stabilita fin da ora in
EURO 90 (novanta/00)*

*Il pagamento della retta concordata dovrà essere versato in Amministrazione all'atto
dell'ammissione dell'Ospite presso la Casa di Riposo e successivamente non oltre la scadenza
della prima settimana di ciascuna mensilità*

*In caso di necessità, ogni Vostra eventuale comunicazione vogliate inviarla all'indirizzo sopra
indicato, oppure contattate:*

Sig. Tel

Sig. Tel

Sig. Tel

Marchirolo, Letto, approvato e sottoscritto

.....

CALICANTUS S.r.l. - Via Costantino,3 - MARCHIROLO(VA)-Tel.0332 723044-e-mail:informazioni@calicantus.com