

Rimborso del credito residuo

Gentilissima paziente, gentile paziente,

affinché noi possiamo rimborsarla del credito residuo, risultante dal deposito versato prima dell'inizio della cura ospedaliera, la preghiamo di compilare il presente modulo e di firmarlo. La preghiamo di presentare anche un **documento d'identità** (passaporto o carta d'identità), sul quale è riportata la sua firma.

Dati sulla paziente, sul paziente

.....
COGNOME

.....
NOME

.....
C/O

.....
VIA, N°

.....
NPA/LUOGO

.....
PAESE

Vi prego di versare il credito residuo sul seguente conto bancario:

.....
COGNOME, NOME DEL/DELLA TITOLARE DEL CONTO

.....
INDIRIZZO DELLA/DEL TITOLARE DEL CONTO

.....
CAP/LUOGO

.....
PAESE

.....
NOME DELLA BANCA/FILIALE

.....
NPA/LUOGO/PAESE

.....
CONTO NR./IBAN

.....
BANCA NR. (CLEARING BLZ)

.....
SWIFT

Versamento su conto corrente postale (CH)

.....
CONTO CORRENTE POSTALE NR./IBAN

Vi prego di versare il credito residuo, risultante dalla cura ospedaliera da me usufruita, nel seguente metodo di pagamento:

pagamento in contanti presso la cassa centrale (previa pre-iscrizione)

.....
Luogo

.....
Data

.....
Firma della paziente/del paziente
o del suo rappresentante legale