



Fondazione TUSCULUM

Case per anziani medicalizzate

Tusculum – Arogno

L. Rossi - Capolago

FORMULARIO OSPITI - info Servizio Sartoria

Cognome e nome (Ospite) _____

Cognome e Nome (Persona di riferimento) _____

N° Telefono _____ Ev. N° Natel _____

Non desidero usufruire del vostro servizio di sartoria

M'impegno a ritirare periodicamente (**almeno ogni 15 giorni**) i capi da rammendare presso l'istituto ed a riconsegnarli in breve tempo.

Riconosco altresì che le spese dovute alla sollecitazione da parte dell'Istituto ad ottemperare questo mio impegno saranno fatturate trimestralmente con le "Piccole spese".

Desidero usufruire del vostro servizio di sartoria

Assicurato presso i vostri Istituti da una/un sarta/o con mandato esterno.

Autorizzo parimenti l'Istituto a fatturare trimestralmente, con le "Piccole spese" gl'interventi di cucito e rammendo che si rendono necessari ossequiando nella fatturazione le disposizioni tariffarie vigenti emanate dal DSS – Ufficio Anziani.

Altro :

Luogo e data _____

Firma persona di riferimento

La mancata ricezione di questa scheda da parte della Direzione sarà interpretata quale **non adesione al servizio offerto dall'Istituto.**