



Fondazione TUSCULUM

Case per anziani medicalizzate

Tusculum – Arogno

L. Rossi - Capolago

FORMULARIO OSPITI - info Servizio Pedicure

A

Cognome e nome (Ospite) _____

Cognome e Nome (Persona di riferimento) _____

N° Telefono _____ Ev. N° Natel _____

Non desidero usufruire del vostro servizio

B

Desidero usufruire del vostro servizio

assicurato presso i vostri Istituti dalla Sig.ra Castanò Grazia.

Trattamento settimanale

Trattamento quindicinale

Trattamento mensile

Trattamento a discrezione del personale infermieristico che provvederà a richiedere l'intervento all'incaricata.

Altro :

Luogo e data _____

Firma persona di riferimento