Mod. 04/16

Parte riservata al FISDE

FISDE	**PREVENTIVO DI SPESA PER RICOVERI/INTERVENTI CHIRURGICI**	**N. e data autorizzazione**	

Cognome	**Nome**

Codice FISDE	Descrizione	Totale	di cui I.V.A.	Quota Fisde	Quota Socio
	Intervento chirurgico o tipo di ricovero (specificare)				
	NUMERO giorni di degenza prevista				
	NUMERO giorni di degenza in terapia sub intensiva/intensiva				
	Sala operatoria				
	Medicinali				
	Materiali				
	Presidi e protesi				
	Analisi cliniche				
	Accertamenti diagnostici /altro (specificare)				
	Visite e/o consulenze durante ricovero				
	Altro (specificare)				
		TOTALE			

NOTE

Il Socio è consapevole che i suddetti importi sono suscettibili di variazione in relazione alla natura delle prestazioni da eseguire. L'importo a carico del socio potrà essere considerato definitivo solo dopo la valutazione della cartella clinica (ricoveri con o senza intervento chirurgico) o della scheda operatoria (interventi chirurgici ambulatoriali).

(luogo e data) _____

Il Socio	L'avente diritto - se maggiorenne	la Struttura Sanitaria
(FIRMA LEGGIBILE)	(FIRMA LEGGIBILE)	(TIMBRO E FIRMA)
_____	_____	_____