

U.O. GOVERNO CLINICO E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA HOR	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODAZHOR_0046		
	MODULO AZIENDALE RECUPERO SOMME DA MANCATO PAGAMENTO TICKET	Rev. 0	Data 07/05/2019	Pag 1 di 1

Genova, _____

Alla cortese attenzione
Ufficio per il Monitoraggio e la Gestione Amministrativa
dell'Attività Specialistica Ambulatoriale

Premesso che ogni paziente al momento dell'accesso alla prestazione deve esibire, presso la Struttura erogante, la ricevuta di avvenuto pagamento, la prestazione, in casi eccezionali (qualora l'utente fosse impossibilitato al pagamento per motivi a lui non imputabili) viene erogata ugualmente, previa sottoscrizione di impegno al pagamento:

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____

presso l'U.O. _____ c.d.c. _____

dichiaro che il/la paziente _____ non ha consegnato

la ricevuta di pagamento del ticket dovuto per la/le prestazione/i ambulatoriale/i eseguita/e

presso il nostro Policlinico in data _____ come da impegnativa regionale allegata.

In fede,

Il/la paziente _____ nato/a il _____

a _____ indirizzo _____ si impegna a consegnare la ricevuta di pagamento del suddetto ticket entro 30 giorni dalla presente. In caso di mancato pagamento questo Policlinico può provvedere ad attivare la procedura di recupero crediti per quanto dovuto e non versato.

Firma del paziente

All.: impegnativa regionale

Redatto U.O.	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-------------------------	-----------------------------