

CASA DI CURA  
**MADONNA DEL RIMEDIO**

**RICHIESTA TRASPORTO A PAGAMENTO NON URGENTE IN AMBULANZA**  
*Servizio di trasporto del paziente al domicilio o ad una struttura socio sanitaria*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ num \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL TRASPORTO IN AMBULANZA A PAGAMENTO IN DATA \_\_\_\_\_**

**DA:**

Reparto \_\_\_\_\_

Ambulatorio \_\_\_\_\_

**A:**

Domicilio: Comune \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Piano abitazione \_\_\_\_\_

Struttura socio sanitaria: \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**NECESSITA' PARTICOLARI**

**Per il trasporto, il paziente necessita di:**

Ossigenoterapia

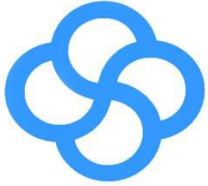
Accompagnamento personale sanitario

Altro \_\_\_\_\_

Oristano lì, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_



CASA DI CURA  
**MADONNA DEL RIMEDIO**

## **TARIFFARIO TRASPORTO NON URGENTE IN AMBULANZA**

*Servizio di trasporto del paziente al domicilio o ad una struttura socio sanitaria*

<b>DISTANZA</b>	<b>TARIFFA</b>
Oristano e paesi limitrofi (fino a 20km)	€ 50,00
Area extraurbana Regionale	€ 200,00
Area extraurbana (Olbia)	€ 350,00