



Partecipazione ai costi ospedalieri per le persone adulte

Richiedente

Cognome:	Nomi:
Indirizzo:	Luogo:
Data di nascita:	Ricovero nell'ospedale di:
Ricovero in ospedale dal: al: Durata in giorni:	Ammontare: Mass. 15 CHF per giorno di ricovero. L'indennizzo è limitato ad un massimo di 30 giorni all'anno per persona..
La partecipazione ai costi è da versare sul conto (allegare possibilmente la cedola di pagamento): Banca, IBAN / Conto postale: Indirizzo: A favore di:	Regolamento per lo stato di membro <ul style="list-style-type: none">• La partecipazione ai costi può essere richiesta soltanto dai membri della CFCH.• Con la partecipazione ai costi da parte della CFCH, il richiedente diventa automaticamente membro della società. La quota di membro per adulti è gratuita.
Luogo, data:	Firma:
<input type="checkbox"/> Rinunciamo alla prestazione	

Visto dell'assistente sociale

Cognome, nome:	Ospedale:
Luogo, data:	Firma:

Copie per:

1 esemplare al segretariato CFCH, Postgasse 17, casella postale 686, 3000 Berna 8

1 esemplare all'assistente sociale