**Mod. B**

**Preventivo di spesa per prestazioni libero professionali intramurarie in regime**

**di ricovero, day hospital e di day surgery**

Il/la Sig./ra **«Cognome» «Nome»** nato/a **«Luogo\_nascita»**

Il **«Data nascita»** Codice fiscale **«CF»**

residente in **«indirizzo\_res»** città «città\_res» prov. «prov\_res»

telefono **«telef»** indirizzo mail:

ha chiesto l'erogazione in regime di libera professione intramuraria della seguente prestazione **«Descr\_DRG»**

in regime di

* Ricovero con onere della degenza parzialmente a carico del SSN
* Ricovero con onere della degenza totalmente a carico del paziente

DRG presunto **«Descr\_DRG»** codice DRG **«Cod\_DRG»**

a cura dei Dr. **«Dott»** quale medico prescelta.

Preventivo di spesa Totale € **«Prev»**