



Opere Sociali Servizi
Società per Azioni

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



**ACCORDO PER L'INSERIMENTO PAZIENTI PRIVATI PRESSO LA
RESIDENZA PROTETTA: R.P. "BAGNASCO"**

L'anno _____, il mese di _____, il giorno _____

TRA

Le "OPERE SOCIALI SERVIZI" S.p.A. C.F./P.I. 01479280099,

E

Il/la Sig.ra: COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ () IL _____

RESIDENTE IN _____ () CAP _____

VIA/PIAZZA _____ C.F. _____

RECAPITI TELEFONICI _____

Che si impegna: per sé _____ per il/la Sig.ra _____

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE IN _____ () CAP _____

VIA/PIAZZA _____ C.F. _____

e

Il / la Sig. / Sig.ra _____ nato a _____ il _____

recapiti tel e mail _____

in qualità di garante del corretto adempimento delle obbligazioni contrattuali dell'ospite in solido con lo stesso / stessa al pagamento per l'ospitalità presso la Residenza Protetta RP *Bagnasco*, sita in Salita Schienacoste a Savona, della **retta totale sanitaria e socio-alberghiera** attualmente in vigore di Euro..... giornaliera, di quella che verrà applicata in futuro, nonché degli eventuali servizi aggiuntivi non previsti nella retta base.



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



O in qualità di amministratore di sostegno o curatore o tutore per il/la:

Avv/sig/dott.....

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

1. Il presente accordo decorre dal con scadenza da definirsi, fino aleventualmente prorogabile.
2. In caso di variazioni delle condizioni sanitarie dell'ospite, su indicazione medica, potrebbe rendersi necessaria una variazione di retta differente da quella stipulata all'ingresso; qualsiasi variazione sarà concordata con il garante e/o firmatario accordo.
3. Il pagamento della retta dovrà avvenire tramite bonifico bancario permanente, di cui consegnare poi copia al Coordinatore della struttura; altre forme di pagamento potranno eventualmente essere concordate con il Coordinatore stesso.
4. Al momento del ricovero (**in regime privato**), a titolo di deposito cauzionale non fruttifero, il contraente è tenuto al versamento della somma corrispondente ad una mensilità della retta, pari ad Euro....., il cui versamento è da effettuarsi, a mezzo assegno circolare o bancario, presso la Sede della Società o gli uffici della RP Bagnasco.
5. Si fa presente che il deposito cauzionale **verrà restituito nel momento in cui tutte le rette dovute saranno saldate**. Qualora vi fossero debiti nei confronti di opere Sociali Servizi, il deposito cauzionale verrà utilizzato per totale o parziale copertura del debito.
6. Entro e non oltre la fine del mese in cui avviene l'ingresso dell'ospite, si richiede il pagamento dei giorni di retta relativi al mese in corso.
7. Il ritardo nel pagamento della retta mensile da parte dell'ospite, determinerà, senza necessità di sollecito e preavviso di inadempimento da parte del creditore, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento, la corresponsione di interessi moratori al tasso legale maggiorato di 3 punti percentuali.
8. In caso di ricovero ospedaliero, dopo i primi 15 gg di retta piena, dal 16.mo giorno al 30.mo in poi verrà applicata la riduzione della retta al 50%, e dal 31.mo in poi la retta sarà nuovamente piena.
9. A decorrere dal mese successivo all'ingresso, il corrispettivo per il trattamento di degenza relativo al mese intero (retta mensile) dovrà essere effettuato mensilmente – **dal 5 al 12 del mese** in corso mediante bonifico bancario:



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



Intestato a **OPERE SOCIALI SERVIZI SPA**
IBAN IT56L050341060000000025625
Banca POPOLARE DI MILANO

Nella causale si prega di indicare sempre: nominativo ospite intestatario della fattura, retta del mese di..... struttura (RP Bagnasco).

10. In caso di uscita, dovrà essere saldato **tutto quanto dovuto prima della dimissione** dalla struttura. Il pagamento della retta comprende anche il giorno dell'uscita o del decesso, ad esclusione dei trasferimenti interni nelle strutture OSS.
11. In caso di dimissioni volontarie è richiesto un preavviso di 15 giorni e quindi la relativa retta dovrà essere saldata prima dell'uscita dalla struttura.
12. L'ospite (ovvero i civilmente obbligati artt. 433 e ss. Codice Civile) è tenuto al pagamento del corrispettivo e a quanto stipulato nel seguente contratto,
13. Sottoscrivendo il presente contratto il contraente si impegna in solido con l'Ospite alla corresponsione mensile della retta, come fissata da Opere Sociali Servizi SPA, assumendo il ruolo di fideiussore per detto obbligo economico, ai sensi degli artt. 1936 e ss. Codice civile, senza beneficio della preventiva escussione del debitore principale. Egli assume in particolare l'onere del pagamento della retta di degenza.
14. Se per decesso dell'ospite si renda necessaria da parte di OSS, la restituzione di retta o deposito cauzionale, è necessaria la compilazione del modulo "dichiarazione sostitutiva eredi" da richiedere presso la Direzione della struttura. Si fa presente che la restituzione di quanto sopra avverrà dopo il 15 del mese successivo all'evento, tramite bonifico.
15. La struttura RP Bagnasco garantisce le prestazioni di medicina generale e l'assistenza infermieristica, assistenza fisioterapica di mantenimento, assistenza tutelare, assistenza alla persona, nonché le attività di animazione. Ove concordato con l'utente e potranno essere fornite prestazioni riabilitative più complesse con adeguamento conseguente della retta.
16. Presso la RP Bagnasco l'approvvigionamento dei farmaci per gli ospiti privati è a cura dello interessato o di chi sottoscrive il presente impegno. Periodicamente o a seconda delle necessità, il Coordinatore Infermieristico comunicherà l'elenco dei farmaci necessari, che saranno forniti dal familiare contraente attraverso la ricetta presso il proprio medico curante. Anche le richieste per eventuali analisi, visite specialistiche o altre prestazioni dovrà essere fatta ricetta presso il medico curante
17. La retta è comprensiva di: normale servizio di tipo alberghiero con trattamento completo di vitto e alloggio, assistenza tutelare, attività di animazione. **Si precisa che la suddetta retta non comprende: fornitura di presidi sanitari, ausili per l'incontinenza, approvvigionamento farmaci, visite specialistiche, trasporti di qualsivoglia genere e qualsiasi prestazione esclusa dal normale servizio di tipo alberghiero.**
18. L'assistenza protesica è a carico del S.S.N. secondo le norme del D.M. 27.8.99 n. 332.



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



19. **Il lavaggio degli indumenti personali è a carico dell'ospite. E' possibile richiedere un servizio a pagamento al costo di euro 60,00 mensili, da corrispondere oltre la retta di degenza**
20. Se nel corso del ricovero le condizioni sanitarie dell'ospite dovessero mutare e il punteggio della sua scheda AGED dovesse aumentare, la struttura applicherà la retta maggiorata a seconda del punteggio ottenuto nella scheda stessa.
21. In caso di mancato pagamento anche di una sola quota mensile, Opere Sociali Servizi SPA, si riserva la facoltà di procedere alla eventuale dimissione dell'ospite, previo preavviso di giorni 7 ai famigliari o a chi ne fa le veci.
22. Si fa presente che durante la degenza potrebbe esserci la necessità di dover cambiare il posto letto per ragioni organizzative/sanitarie.
23. La retta è suscettibile di incrementi a fronte dell'aumento dei costi di gestione.
24. In seguito a ricovero ospedaliero che superi i quindici giorni il Direttore Sanitario valuterà dopo detto periodo se la struttura è ancora idonea relativamente alle condizioni di salute dell'ospite.
25. Nel rispetto della vigente normativa antifumo, è fatto **assoluto divieto di fumo** all'interno della struttura, sia da parte degli ospiti che da parte dei parenti e/o visitatori.
26. **La RP non risponde ed è esonerata da ogni responsabilità in ordine allo smarrimento di beni, oggetti preziosi che non siano stati depositati e consegnati alla Direzione previo inventario. La struttura non è altresì responsabile nel caso di rottura o perdita di protesi dentarie o di apparecchi acustici o di occhiali da parte dell'ospite, fermo restando l'obbligo degli addetti di farne tempestiva comunicazione ai familiari, e sempre che la perdita o la rottura non sia da fatto o da operato degli operatori medesimi.**
27. Per ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del presente contratto sarà competente territorialmente esclusivamente ed inderogabilmente il foro di Savona.

DATI DELL'OSPITE:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ () IL _____

RESIDENTE IN _____ () VIA/PIAZZA _____



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

*Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893*

*Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00*



DOCUMENTO D'IDENTITA' _____ RILASCIATO IL _____

DA _____ C.F. _____

Firma del Contraente per accettazione

OPERE SOCIALI SERVIZI" S.p.A.

Garante 5



**Opere Sociali Servizi
Società per Azioni**

Sede legale: Via Paleocapa 4/3 C - Savona
Telefono: 019 8489849
Fa: 019 8160893

Iscrizione nel Registro Imprese di Savona
Codice Fiscale e Partita IVA: 01479280099
Capitale sociale sottoscritto: Euro 490.000,00



Note aggiuntive (aumenti retta, variazioni di indirizzo, ad etc...)

Data: ____ / ____ / ____

Motivo _____

Firma: _____

Note aggiuntive (aumenti retta, variazioni, etc.)

Data: ____ / ____ / ____

Motivo _____

Firma: _____

Note aggiuntive (aumenti retta, variazioni, etc.)

Data: ____ / ____ / ____

Motivo _____

Firma: _____