



alla c. a. Ospite/Parente/Delegato

Sig./Sig.ra.....

oggetto: tariffario RSA Ernesto Chiappori ONLUS 2024

Tipologia Ospite	Quota mensile	Supplemento lavanderia + € 59,00
<input type="checkbox"/> Ospite in Convenzione ASL	<input type="checkbox"/> € 1.765,00	<input type="checkbox"/> € 1.824,00
<input type="checkbox"/> Ospite Autosufficiente - Parzialmente non autosufficiente	<input type="checkbox"/> € 2.555,00	<input type="checkbox"/> € 2.614,00
<input type="checkbox"/> Ospite totalmente non autosufficiente	<input type="checkbox"/> € 2.738,00	<input type="checkbox"/> € 2.797,00

Ospite Sig./Sig.ra _____

COORDINATE BANCARIE:

C/C INTESTATO A: FONDAZIONE ERNESTO CHIAPPORI ONLUS

COD. IBAN: IT 08 T 08439 49110 000 230 100 450

BIC: CCRTIT2TCAR - Banca Caraglio ag. Ventimiglia

CAUSALE PER VERSAMENTO DEL DEPOSITO CAUZIONALE € 1.500,00 (millecinquecento/00):

DEPOSITO CAUZIONALE OSPITE Sig./Sig.ra _____

CAUSALE PER VERSAMENTO DELLA RETTA MENSILE € _____

RETTA MESE DI..... OSPITE (COGNOME E NOME)