

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

PRESTAZIONI DI SERVIZI – A.M.O.S. S.C.R.L.

OGGETTO: SERVIZIO ALBERGHIERO DI ASSISTENZA ALLA PERSONA DEGENTE

Le prestazioni nel mese di _____

☐ sono state eseguite regolarmente, come da Convenzione;

☐ non sono state eseguite regolarmente

MOTIVI/
RECLAMI:

DATA_____

**Firma leggibile del Responsabile di
Struttura della Committente :**