

**Egregio**  
**Dr. Massimiliano Benedetti**  
**Direttore operativo Villa Salaria Hospital**  
**Via F.A. Gualtierio, 127 – 00139 Roma**

**Roma, 11-7-2023**  
**Rif. fmf-062/0726**

**Oggetto: Vostra proposta di condizioni agevolate per gli associati di SARInsieme APS**

Egregio dott. Benedetti,

facendo seguito ai colloqui intercorsi, la ringrazio della sensibilità e del supporto dimostrato verso l'associazione SARInsieme APS, mediante la vostra proposta -allegata alla presente- di condizioni agevolate per gli associati nel caso questi abbiano esigenza di degenze estive nel corrente anno 2026. Gli associati potranno usufruirne esibendo la tessera associativa.

La proposta viene comunicata agli associati sul sito ufficiale dell'Associazione ([www.sarainsieme.it](http://www.sarainsieme.it)), alla [pagina dedicata](#) ai servizi sanitari di vicinanza, insieme al vostro logo, come concordato.

Resta inteso che l'Associazione non esercita alcuna attività di intermediazione, promozione o gestione delle prestazioni sanitarie erogate da Villa Salaria. Essa rimane pertanto del tutto estranea ai rapporti, sia di natura sanitaria sia di natura amministrativa ed economica, intercorrenti tra Villa Salaria e i singoli assistiti. L'Associazione, quindi, non assume alcuna responsabilità, diretta o indiretta, in relazione alle prestazioni sanitarie erogate da Villa Salaria, né per eventuali rapporti intercorrenti tra quest'ultima e gli assistiti.

Resta inoltre inteso che ciascuna parte provvede al trattamento dei dati personali nell'ambito della propria organizzazione, in qualità di autonomo titolare del trattamento in funzione delle proprie finalità istituzionali, e che non avviene alcuna condivisione di dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).



Fabrizio Massimo Ferrara  
Presidente



**VILLA  
SALARIA  
HOSPITAL**  
CASA DI CURA PRIVATA



**NUOVA  
VILLA  
CLAUDIA**  
CASA DI CURA PRIVATA

ROMA

Gent. Sig./Sig.ra

In relazione alla Vs richiesta di preventivo in oggetto presso la nostre Casa di Cura Le rilasciamo quanto segue:

**PREVENTIVO DEGENZA ESTIVA**

**DURATA GIORNI 7**

Casa di Cura VILLA SALARIA HOSPITAL

| Servizi e prestazioni in degenza             | IMPORTO    | QUANTITA' | IVA % | IVA    | TOTALE            |
|----------------------------------------------|------------|-----------|-------|--------|-------------------|
| Degenza in camera con bagno                  | 285,00     | 7         | 10%   | 427,50 | 2.194,50 €        |
| Assistenza medica                            | 120,00     | 1         |       |        | 120,00 €          |
| farmaci di reparto a consumo                 |            |           | 10%   |        |                   |
| <b>TOTALE</b>                                |            |           |       |        | <b>2.314,50 €</b> |
| <b>OPZIONI AGGIUNTIVE</b>                    |            |           |       |        |                   |
| esami di laboratorio su richiesta del medico | sconto 20% |           | 10%   |        |                   |
| esami diagnostici di radiologia              | sconto 20% |           | 10%   |        |                   |
| Visita cardiologica + Ecg                    | 150,00     |           |       |        | 150,00 €          |
| Fisioterapia (a seduta)                      | 70,00      | 1         | 10%   | 7,00   | 77,00 €           |
| Materasso antidecubito                       | 40,00      | 1         | 10%   | 4,00   | 44,00 €           |
| Visite specialistiche a branca               |            | 1         | 0%    |        |                   |
|                                              |            |           |       |        |                   |
|                                              |            |           |       |        |                   |

Si ricorda che il preventivo ha validità a partire dalla data di rilascio per 30gg.

Si ricorda che al momento dell'accettazione del ricovero presso la Casa di Cura verrà richiesto un deposito al paziente pari al 80% del totale, al quale seguirà, al momento della dimissione, il saldo finale.

Rimaniamo a disposizione per chiarimenti ai seguenti numeri: 06.88.700.41

Prestazioni aggiuntive su richiesta del Medico Curante

Firma paziente per accettazione

L'amministrazione





ROMA

Gent. Sig./Sig.ra

In relazione alla Vs richiesta di preventivo in oggetto presso la nostre Casa di Cura Le rilasciamo quanto segue:

**PREVENTIVO DEGENZA ESTIVA**

**DURATA GIORNI 15**

Casa di Cura VILLA SALARIA HOSPITAL

| Servizi e prestazioni in degenza             | IMPORTO    | QUANTITA' | IVA % | IVA    | TOTALE            |
|----------------------------------------------|------------|-----------|-------|--------|-------------------|
| Degenza in camera con bagno                  | 285,00     | 15        | 10%   | 427,50 | 4.702,50 €        |
| Assistenza medica                            | 120,00     | 2         |       |        | 240,00 €          |
| farmaci di reparto a consumo                 |            |           | 10%   |        |                   |
| <b>TOTALE</b>                                |            |           |       |        | <b>4.942,00 €</b> |
| <b>OPZIONI AGGIUNTIVE</b>                    |            |           |       |        |                   |
| esami di laboratorio su richiesta del medico | sconto 20% |           | 10%   |        |                   |
| esami diagnostici di radiologia              | sconto 20% |           | 10%   |        |                   |
| Visita cardiologica + Ecg                    | 150,00     |           |       |        | 150,00 €          |
| Fisioterapia (a seduta)                      | 70,00      | 1         | 10%   | 7,00   | 77,00 €           |
| Materasso antidecubito                       | 40,00      | 1         | 10%   | 4,00   | 44,00 €           |
| Visite specialistiche a branca               |            | 1         | 0%    |        |                   |
|                                              |            |           |       |        |                   |
|                                              |            |           |       |        |                   |

Si ricorda che il preventivo ha validità a partire dalla data di rilascio per 30gg.

Si ricorda che al momento dell'accettazione del ricovero presso la Casa di Cura verrà richiesto un deposito al paziente pari al 80% del totale, al quale seguirà, al momento della dimissione, il saldo finale.

Rimaniamo a disposizione per chiarimenti ai seguenti numeri: 06.88.700.41

Prestazioni aggiuntive su richiesta del Medico Curante

Firma paziente per accettazione

L'amministrazione





Gent. Sig./Sig.ra

ROMA

In relazione alla Vs richiesta di preventivo in oggetto presso la nostre Casa di Cura Le rilasciamo quanto segue:

**PREVENTIVO DEGENZA ESTIVA**

**DURATA GIORNI 30**

Casa di Cura VILLA SALARIA HOSPITAL

| Servizi e prestazioni in degenza             | IMPORTO    | QUANTITA' | IVA % | IVA    | TOTALE            |
|----------------------------------------------|------------|-----------|-------|--------|-------------------|
| Degenza in camera singola con bagno          | 285,00     | 30        | 10%   | 855,00 | 9.405,00          |
| Assistenza medica a settimana                | 120,00     | 4         |       |        | 480,00            |
| Farmaci di reparto a consumo                 |            |           | 10%   |        |                   |
| <b>TOTALE</b>                                |            |           |       |        | <b>9.885,00 €</b> |
|                                              |            |           |       |        |                   |
| <b>OPZIONI AGGIUNTIVE</b>                    |            |           |       |        |                   |
| esami di laboratorio su richiesta del medico | sconto 20% |           | 10%   |        |                   |
| esami diagnostici di radiologia              | sconto 20% |           | 10%   |        |                   |
| Visita cardiologica + Ecg                    | 150,00     |           |       |        | 150,00 €          |
| Fisioterapia ( a seduta)                     | 70,00      | 1         | 10%   | 7,00   | 77,00 €           |
| Materasso antidecubito                       | 40,00      | 1         | 10%   | 4,00   | 44,00 €           |
| Visite specialistiche a branca               |            |           |       |        |                   |
|                                              |            |           |       |        |                   |
|                                              |            |           |       |        |                   |

Si ricorda che il preventivo ha validità a partire dalla data di rilascio per 30gg.

Si ricorda che al momento dell'accettazione del ricovero presso la Casa di Cura verrà richiesto un deposito al paziente pari al 80% del totale, al quale seguirà, al momento della dimissione, il saldo finale.

Rimaniamo a disposizione per chiarimenti ai seguenti numeri: 06.88.700.41

Prestazioni aggiuntive su richiesta del Medico Curante.

Firma paziente per accettazione

L'amministrazione

