

RICHIESTA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DI CURA CAPELLI

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

Del/la sig./ra _____ ospite presso il Centro Servizi Assistenziali "S. Antonio" di Chiampo

RICHIEDE

Prestazioni aggiuntive per la cura dei capelli oltre alla prestazione mensile inclusa nella retta.

Le suddette prestazioni aggiuntive saranno inserite nella retta del mese successivo e avranno un costo pari ad € 9,00 a prestazione.

Settimanale

Quindicinale

Chiampo, li ____/____/_____

Firma _____