ALL' UFFICIO RAGIONERIA
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Centro Direzionale "Il Granaio"

CROTONE

OGGETTO: Richiesta rimborso Ticket per prestazioni non effettuate
(Si prega di scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a..... il ..... residente a .....

via .....

telefono ..... documento di riconoscimento.....

rilasciato da..... in data.....

C H I E D E

il rimborso della somma di €..... in cifre ..... (..... in lettere .....)

pagata con fattura n. ..... del ..... in quanto lo stesso

oppure il/la sig/sig.ra .....

(grado di parentela):..... del richiedente, **non** ha usufruito

della prestazione.

Crotone li ..... In fede

_____

Il/La sottoscritto/a chiede che il pagamento avvenga:

☐ Con accreditamento sul c/c n. ..... Banca/Posta .....

Intestato a .....

Codice IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ Per contanti con invio dell' avviso di emissione mandato di pagamento dal parte di Codesta Azienda.

Allegare:
- Fotocopia del documento di riconoscimento
- Fattura in originale
- Prescrizione medica in originale, con espressa dichiarazione dello Specialista di **non** esecuzione della prestazione.