

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.°12

Via Marconi n° 23 – BIELLA

Biella

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE N°12
BIELLA
SERVIZIO

U.O.

I) ISTANZA

Oggetto: Domanda rimborso ticket.

Il/la sottoscritto/a

residente a Via tel:

chiede il rimborso della somma di Euro

per ticket relativo alla prestazione

prenotata per la data

NON USUFRUITA PER IL SEGUENTE MOTIVO:

- disdettata in data:
- per altra causa (da specificare).....

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Ricevuta ticket versato

FIRMA

.....

II) AUTORIZZAZIONE

Il Responsabile del Servizio / U.O. o suo delegato

- Autorizza in rimborso della somma richiesta indicata nel riquadro.**
- Non autorizza il rimborso per il seguente motivo.....**

TIMBRO E FIRMA

III) ATTESTAZIONE

Rimborso effettuato allo sportello bancario presso
(Con applicazione del timbro pagato e data)

- OSPEDALE DI BIELLA**
- POLIAMBULATORIO DI COSSATO**
-

FIRMA PER QUIETANZA
