RIMBORSO CORRISPETTIVO PRESTAZIONE SANITARIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____,

prov. _____ CAP _____ in via _____

recapito telefonico _____ con riferimento alla prestazione sanitaria del _____ presso la struttura ambulatoriale _____

prenotata per:

☐ se stesso/a

☐ per il/la sig./ra _____ grado di parentela o di affinità _____,

CHIEDE IL RIMBORSO TOTALE/PARZIALE dell'importo versato nella misura di €. _____,

in quanto: ☐ Errato conteggio dell'importo del ticket; ☐ Prestazione altro ente (es. A.S.L. AL)

☐ Impedimento non dipendente dalla propria volontà;

☐ Altro (specificare): _____;

ed all'uopo allega la ricevuta (in originale) attestante l'avvenuto pagamento, la documentazione comprovante il diritto al rimborso, la fotocopia di un documento d'identità dell'avente diritto.

PRENDE ATTO che il rimborso avverrà entro 60 giorni dalla richiesta.

CHIEDE che il rimborso richiesto avvenga:

☐ a mezzo bonifico bancario, con spese a proprio carico di € 1,50 per importi superiori a € 150,00, al seguente conto corrente italiano:

ISTITUTO BANCARIO _____

codice IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ all'indirizzo di cui sopra a mezzo assegno di traenza

Alessandria,_____

_____

firma del richiedente

AO AL Azienda Ospedaliera di ALESSANDRIA Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo

S.S.A. LIBERA PROFESSIONE E SERVIZI AL CITTADINO

Valutate le motivazioni suesposte e la documentazione allegata, trasmessa dall'operatore _____, si dispone il rimborso richiesto.

Alessandria,_____

il dirigente amministrativo
dr.ssa Patrizia Negri

_____