AOU AL Azienda Ospedaliero Universitaria di ALESSANDRIA Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo

Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel . 0131 206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it
asoalessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)
C. F. – P. I. 01640560064

S.S.A. SERVIZI AZIENDALI E RAPPORTI CON ENTI ESTERNI

RIMBORSO DEPOSITO CAUZIONALE CARTELLA CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in via _____ a _____,

recapito telefonico _____ con riferimento alla richiesta di rilascio copia cartella clinica

_____

CHIEDE IL RIMBORSO dell'importo di € _____ versato in data _____

Motivazione (specificare): _____

e a tale scopo allega la ricevuta (in originale) dell'avvenuto pagamento.

Alessandria, _____ _____

firma del richiedente

CHIEDE che il rimborso richiesto, a favore del sottoscritto, avvenga:

☐ in contanti presso qualsiasi sportello dell'Istituto Tesoriere;

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

ISTITUTO BANCARIO _____

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

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

Alessandria, _____ _____

firma del richiedente

S.S.A. SERVIZI AZIENDALI E RAPPORTI CON ENTI ESTERNI

Valutate le motivazioni già indicate e la documentazione allegata, si dispone il rimborso richiesto.

Alessandria,_____

Il Responsabile S.S.A. S.A.R.E.E.
Dott.ssa Cristina Cabiati

_____