

Alla Direzione Amministrativa D.S.B. n. _____ P.O. _____

Oggetto: istanza rimborso ticket sanitario.

Il/la sottoscritta _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
chiede

il rimborso della somma di € _____ relativa alla prenotazione del _____

- per errata prenotazione (allegare copia ricetta e copia modello disdetta)
- per mancata fruizione della prestazione per motivi imputabili ai Servizi Sanitari (vedi dichiarazione del sanitario)
- per mancata fruizione della prestazione per motivi imputabili all'utente (allegare disdetta prenotazione)

con la seguente modalità di pagamento:

per contanti c/o la cassa economica del D.S.B. _____ P.O. _____

tramite bonifico da accreditarsi sul c/c bancario intestato a: _____

IBAN _____

si allega ricevuta originale del pagamento n. _____ del _____

data _____ firma utente _____

Da compilarsi a cura dei servizi sanitari in caso di mancata fruizione per motivi imputabili all'azienda:

la prestazione prenotata per il giorno: _____ dall'utente _____ ?

non è stata effettuata per motivi imputabili al servizio aziendale

data _____ firma e timbro del sanitario _____

Da compilarsi a cura della direzione amministrativa del D.S.B. _____ / P.O. _____

Si autorizza il rimborso a favore di nome _____ cognome _____

nato/a a _____ il _____

firma e timbro del direttore amministrativo _____

rimborso effettuato il _____ cassa economica D.S.B. _____ / P.O. _____

rimborso a mezzo bonifico

firma responsabile cassa economica _____

firma utente per ricevuta pagamento contanti _____

data _____

informativa ai sensi del DLgs 196/2003: I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.