

RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

Cognome e Nome _____

Recapito Telefonico _____

Spese relative a _____

coniuge

figlio/a

Allegati n° _____

Totale spesa sostenuta € _____

Anticipi percepiti € _____

Data _____

Firma _____

Liquidatore della pratica

Firma _____

NOTE :

NB: Si richiede la compilazione completa di tutti i campi indicati ai fini di un miglior servizio di erogazione rimborsi