ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

**Distretto Sanitario Oristano**
**Ufficio Assistenza Protesica**
**0783/317030**

**ALLEGATO N. 1**

**OGGETTO: rimborso spese per trattamento ortodontico, "programma di interventi a favore di alcune categorie di pazienti affetti da malattia rara".**

| FATT. N° | DATA FATTURA | | IMPORTO FATTURA € | CONTRIBUTO DA LIQUIDARE |
|---|---|---|---|---|
| 22/23/Y | 04/05/2023 | | 216,34 | 216,34 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | 216,34 |

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

SPANU FAUSTO

Firmato digitalmente da SPANU FAUSTO
Data: 2023.05.18 09:30:00 +02'00'