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
840	31/07/2023		3.000,00	3.000,00
				3.000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

SPANU FAUSTO

Firmato digitalmente da SPANU FAUSTO
Data: 2023.09.13 12:01:53 +02'00'