ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Distretto Sanitario Ghilarza
Ufficio Assistenza Protesica
0785/560335

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
3401/MA	06/12/2022		3000,00	3000,00
				3000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Loredana Q.