

Distretto Sanitario Ghilarza
Ufficio Assistenza Protesica
0785/560335

ALLEGATO N. 1

OGGETTO: rimborso spese per persone sottoposte a trattamento oncologico chemioterapico.

FATT. N°	DATA FATTURA		IMPORTO FATTURA €	CONTRIBUTO DA LIQUIDARE
193/2023	09/09/2023		540,00	150,00
				150,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

