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
FCA/00007986/23	05/06/2023		752,00	750,00
FCA/00015349/23	24/10/2023		752,00	750,00
				1.500,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

SPANU FAUSTO

Firmato digitalmente da SPANU FAUSTO
Data: 2023.10.26 15:30:53 +02'00'