ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Distretto Sanitario Ghilarza
Ufficio Assistenza Protesica
0785/225376

ALLEGATO N. 1

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

	FATT. N°	DATA FATTURA		IMPORTO FATTURA €	CONTRIBUTO DA LIQUIDARE
	390/A	29/11/2023		450,00	150,00
					150,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

MANUNTA
ANNA LISA

Firmato digitalmente da
MANUNTA ANNA LISA
Data: 2023.12.21 13:40:08
+01'00'