

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
FPR 23/25	14/04/2025		169/99	150,00
				150,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO