ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

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
115/2025	24/05/2025		230,00	150
				150,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO LAI LOREDANA ANTONELLA

Firmato digitalmente da LAI LOREDANA ANTONELLA
Data: 2025.08.04 13:50:34 +02'00'