

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
872	28/07/2025		2.000,00	2.000,00
				2.000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Maria Patrizia Melis -