ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Distretto Sanitario Oristano
Ufficio Assistenza Protesica
0783/317029

ALLEGATO N. 1

OGGETTO: rimborso contributo spese sostenute per l'acquisto di sostituti del latte materno .

PROTOCOLLO	FATTURA NUMERO DEL	IMPORTO FATTURA €	CONTRIBUTO DA LIQUIDARE
PG/2026/49611	1063075 del 23/07/2026	€ 100,78	
	1154552 del 12/08/2026	€ 46,53	
	1295368 del 10/09/2026	€ 203,66	
	S. 25345 del 14/09/2026	€ 63,98	
Totale		**€ 414,65**	**€ 400,00**

Collaboratore Amministrativo Professionale
- Maria Patrizia Melis -

MARIA PATRIZIA MELIS

Firmato digitalmente da MARIA PATRIZIA MELIS
Data: 2026.10.19 10:49:51 +02'00'