A.S.L. AT

Azienda Sanitaria Locale di Asti

RICHIESTA DI RIMBORSO ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Il/La sottoscritto/a : _____

in qualità di ☐ Intestatario della prenotazione ☐ Genitore/tutore dell'intestatario della prenotazione

Codice Fiscale : _____

Residente nel Comune di : _____ Provincia : _____

Indirizzo: _____ n° civico : _____

Recapito telefonico : _____ Email : _____

CHIEDO IL RIMBORSO

Di € _____ (importo indicato sul modulo di prenotazione)

Pagati per la prenotazione n° _____ (n° prenotazione indicato sul promemoria)

A causa di : ☐ mancata erogazione della prestazione ☐ prenotazione errata

Il rimborso è da accreditare a _____ (indicare il nome della Banca) al seguente IBAN *(il conto corrente deve essere dell'intestatario della prenotazione o del genitore/tutore legale)*

Si ricorda di allegare alla presente : promemoria della prenotazione / modulo di pagamento / ricevute del pagamento

Data di compilazione

_____

Firma del richiedente

_____

SC Affari Generali
Direttore: Dott.ssa Cristina Chialvi
SS Libera Professione e Comunicazione
Ufficio Gestione, sviluppo amministrativo e affari istituzionali
E-mail: liberaprofessione@asl.at.it
Tel. 0141/484321 – 0141/484342 – 0141/484805

REGIONE PIEMONTE

Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48.1111
Fax +39 0141. 48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I / C.F. 01120620057