ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Distretto Sanitario Ghilarza
Ufficio Assistenza Protesica
0785/560335

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
521	18/05/2022		3000,00	3000,00
				3000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

LAILDN74C66F979Z/620095
0025250003.HOlWnbmA4V
u9asYpKXB7auROUCw=

Firmato digitalmente da
LAILDN74C66F979Z/620095002525003.H
OlWnbmA4Vu9asYpKXB7auROUCw=
Data: 2022.08.04 15:35:35 +02'00'