ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

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
	43	15/01/2024		3.000,00	3.000,00
					3.000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Maria Patrizia Melis -

MELIS MARIA PATRIZIA

Firmato digitalmente da MELIS MARIA PATRIZIA
Data: 2024.05.16 13:57:07 +02'00'