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
FCA/00002489/24	21/02/2024		752,00	750,00
FCA/00002493/24	21/02/2024		752,00	750,00
				1.500,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Maria Patrizia Melis -

MELIS MARIA PATRIZIA

Firmato digitalmente da MELIS MARIA PATRIZIA
Data: 2024.05.16 12:51:18 +02'00'