ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Distretto Sanitario Ghilarza
Ufficio Assistenza Protesica
0785/560335

ALLEGATO N. 1

OGGETTO: rimborso spese per persone sottoposte a trattamento oncologico chemioterapico

FATT. N°	DATA FATTURA		IMPORTO FATTURA €	CONTRIBUTO DA LIQUIDARE
FPR 51/24	03/05/2024		350,00	150,00
FPR 19/2	05/06/2024		320,00	150,00
				300,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO