

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 |
| 337 | 25/03/2021 | 3.000,00 | 3.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | 2 222 22 |
| | | | 3.000,00 |

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO - Fausto Spanu -