ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Oristano

**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 |
|---|---|---|---|---|
| 811 | 10/07/2019 | | 3.000,00 | 3.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | 3.000,00 |

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

SPANU FAUSTO

Firmato digitalmente da SPANU FAUSTO
Data: 2019.08.13 11:47:12 +02'00'