

Modello da compilare per richieste di rimborso prestazioni e documentazione sanitaria eseguite presso gli sportelli Accettazione Cassa Cup Ospedalieri AST MACERATA

Inviare via mail leonora.corsalini@sanita.marche.it

Ufficio Gestione Accettazione/Casse Ospedaliere DAO

Tel. 0733 257 2841

ORARIO 08:00 - 13:00

Allegato 2) Bis

MODULO RICHIESTA RIMBORSO DA PARTE DELL'UTENTE

Il sottoscritto

NOMINATIVO
LUOGO e DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
INDIRIZZO DI RESIDENZA
RECAPITO TELEFONICO
MAIL

Chiede il rimborso dell'importo di € _____ (euro _____,00)

Relativamente alla Fattura/Ricevuta N° _____ del _____ (che si allega in originale pagata tramite _____) relativa all'app. num. _____

Descrizione prestazione:

Per la seguente motivazione:

Si richiede l'accredito della suddetta somma tramite bonifico bancario alle coordinate IBAN in allegato.

Macerata, _____

FIRMA DELL'UTENTE

Parte riservata all'Operatore

Verificato quanto dichiarato dall'Utente ed esaminata la documentazione allegata, si attesta che l'istruttoria è completa e, pertanto, si trasmette al Dirigente Amministrativo per il seguito di competenza.

NOMINATIVO OPERATORE

Parte riservata al Dirigente Amministrativo:

visto, SI AUTORIZZA e si inoltra al servizio Bilancio per il seguito di competenza.

visto NON SI AUTORIZZA il rimborso per la seguente motivazione:

Data _____

IL DIRETTORE ff UOC DAO

Dr.ssa Cristiana Valerii