



CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIALE DI ORISTANO

Cod. Fisc. n. 04806810585
P. IVA n. 01019341005

Allegato n. 1 alla Lettera delega
responsabile del Dir. Provveditorato 29.10.2009
n. 189 del 30/03/2010
composto di n. 2 fogli.
Il Cap. 1118
Tel. 0703 - 210361
Telefax 0703 - 210361

Protocollo N. 2676
Risposta ai Massimali Assicurativi.
Convenzione 118 - Richiesta rimborso.
OGGETTO: _____
Allegati: 1 (uno)

Spett.le Azienda U.S.L. n° 5 di Oristano
Via Carducci n° 35

09170 - ORISTANO -

16 NOV 2009
84955
D. Calceddu
17 NOV 2009

In allegato alla presente, pari all'oggetto, s'invia copia del mandato di pagamento concernente il pagamento della polizza n° 000425.32.0001246 - Società Cattolica d'Assicurazione.

Si resta in attesa di un cortese sollecito riscontro.

Distinti saluti.

Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 5 - ORISTANO
Dipartimento Amministrativo
Servizio Provveditorato
17 NOV 2009
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

IL COMMISSARIO
(Dr. Domenico Calceddu)

MANDATO DI PAGAMENTO

CONTO ORDINARIO
99999
ESERCIZIO 2009
CONTO COMPETENZA

PASSINO ASSICURAZIONI SOC. CATTOLICA

Corrispondente : 42

BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT23E0300217401000004009735

C.A.P.

BANCA DI ROMA SPA

00000000000

C/C 000004009735

CAUSALE	NR IMPEGNO	IMPORTO
Pagamento assicurazione su 118	193/2009	468,25

Z DED	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO	TOTALE
103088	88	1	148		468,25

FURCO
Data QUATTROCENTOSESSANTAOTTO/25
26/05/2009

IL MANDANTE

IL RICEVUTARIO

ACCETTAZIONE	RISCONTRO	RIANZI	PROVISIONI

RESERVATI - ISTITUTO BANCARIO