

**AZIENDA U.S.L. N. 5
ORISTANO
DISTRETTO SOCIO SANITARIO GHILARZA – BOSA**

ALL. DETERM. DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO N° ____ del _____

Prospetto di liquidazione spese di viaggio e di soggiorno a favore di diversi beneficiari per prestazioni sanitarie fruite fuori dal territorio regionale ai sensi della Legge Regionale n. 26/91 -

0

N°	Cod. Reg.le	Autorizzazione	Struttura Sanitaria	Periodo prestazione	Spese viagg	spese sogg.	Totale spese da rimborsare	Cod. fiscale benef.
1	2916519	59284 DEL 12/09/2011	ISTIT. SAN RAFFAELE DI MILANO	RIC 18/08/2011 AL 17/01/2012	457,50		457,50	RSNDLL80A63Z110U
2	3002287	59287 DEL 14/09/2011	CLINICA VILLA SALARIA DI ROMA	DH 23/08/2011 AL 17/09/2011	317,02	4680,00	4997,02	STGSVT60A18F979D
3							0,00	
							0,00	
							0,00	
							0,00	
							0,00	
							0,00	
							0,00	
10							0,00	
				Totali euro	774,52	4.680,00	5.454,52	

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
-Dr.ssa Angela Camboni -**

/EP

