

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 3 fogli

Cabras li 18/02/2015

*For*  
*25/2/15*  
*[Signature]*



ASL5  
Prot. 2015/12730 del 24/02/2015 ore 12 03  
Mitt.: PA L.A.P.S. CARITAS CABRESE  
Ass.: Provveditorato



**PA L.A.P.S. Caritas Cabrese**  
Libera Associazione Pronto Soccorso  
Via Tharros, 144 - 09072 Cabras  
Tel/Fax 0783-392666

Spett.le Asl 5 Oristano  
Via Carducci  
09170 Oristano

<b>ASL N. 5 - ORISTANO</b>	
Resp. Proc. <u>PROV</u>	
<b>PERVENUTO IL</b>	
<b>23 FEB. 2015</b> <i>Orw</i>	
Prot. n. _____	del _____
Altri _____	_____

Servizio Sanitario Regione Sardegna	
ASL n° 5 - ORISTANO	
Dipartimento Amministrativo	
Servizio Provveditorato	
<b>24 FEB 2015</b>	
Arrivato il _____	_____
Prot. N. _____	del _____

*OGGETTO: rimborso assicurazione servizio 118*

*Con la presente Vi chiediamo il rimborso dell' assicurazione obbligatoria per il servizio 118 per l' anno in corso.*

*Allegiamo la copia della polizza.*

*In attesa di un vostro riscontro, cogliamo l'occasione per Porgervi cordiali saluti*

**IL PRESIDENTE**  
*Caretti Antonio*  
*[Signature]*



Allianz S.p.A. - Sede legale L.go Ugo Lineri, 1 - 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781111 Fax +39 040 7781111  
CF, P.IVA e Registro imprese Trieste n. 05032630963 - Capitale sociale euro 403.000.000 - Iscritta all'Albo  
imprese di assicurazione n. 100152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritta all'Albo gruppi  
assicurativi n. 018 - Società controllata, tramite ACIF S.p.A., da Allianz SE - Monaco - Codice 95

Agenzia di **ORISTANO**

Cód. sub. 017

L.A.P.S.  
V THARROS 144  
09072 CABRAS

**QUIETANZA DI PREMIO**

**R.C.DIVERSI**

**Polizza N. 78530649**

Doc. Nr.: 12000100656177001 - Operazione: 1

**Contraente** L.A.P.S.  
Indirizzo: V THARROS 144  
C.A.P.: 09072 Città: CABRAS

Codice Fiscale o Partita I.V.A.: 90006440953

**Periodo di copertura** Periodo dal 22/12/2014 al 22/12/2015  
Frazionamento ANNUALE

Scadenza polizza: 22/12/2015

**Massimali e/o capitali assicurati**

Premi	Premio imponibile	Imposta	TOTALE
	254,40	56,60	311,00

\* COMPRESO CONTRIBUTO D.L. 419/91 E SUCC. MOD. (FONDO ANTIRACKET)

Il premio è stato pagato il 22/12/14 B.B.

L'Agente o suo incaricato



Allianz S.p.A.  
Anthony Bradshaw Simone Lazzaro  
*Anthony Bradshaw* *S. Penno*

**QUIETANZA DI PAGAMENTO**

**CONTRAENTE E SUO DOMICILIO**

L A P S  
THARROS, 0144  
09072 - CABRAS (OR)

AGENZIA	SUBAG\PROD	PRODOTTO	RATEAZIONE	POLIZZA	
N00852	001	Tuttocampo	Annuale	7120537	
PREMIO NETTO		DIRITTI	ADDITIONALI	IMPOSTE	PREMIO TOTALE
997,75 €		0,00 €	0,00 €	24,95 €	1.022,70 €

Periodo assicurativo per il quale è stato pagato il premio:  
Dalle ore 24 del **22/12/2014** Alle ore 24 del **22/12/2015**

Coassicurazione: **NOSTRA DELEGA 70%**

**GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.**  
L'AMMINISTRATORE DELEGATO

*Dominique Ucci*

MAGENTA INTERMEDIAZIONI Srl  
Via Tirolo, 79  
10128 CRISTIANO  
P.Iva 0110496 0958

IL PAGAMENTO E' STATO EFFETTUATO IN MIE MANI OGGI:

31/12/14

Gentile Cliente, la informiamo che sul sito [www.groupama.it](http://www.groupama.it) è disponibile l'area riservata clienti dove, previa registrazione, potrà consultare la sua posizione assicurativa secondo quanto stabilito con il provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013



Copia per il Cliente