

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° 5
O R I S T A N O – Regione Sardegna

Allegato alla Determinazione N° ____ del _____

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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
94	27/01/2015		120,00	120,00
215	23/02/2015		120,00	120,00
359	25/03/2015		150,00	150,00
527	11/05/2015		180,00	180,00
675	11/06/2015		180,00	180,00
842	14/07/2015		250,00	250,00
1008	15/09/2015		300,00	300,00
1181	15/10/2015		200,00	200,00
1351	18/11/2015		500,00	500,00
				2.000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -