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
	1510	28/12/2015		3.000,00	3.000,00
					3.000,00

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -