



RIMBORSO TRASPORTO PER FRUIRE DI PRESTAZIONI SANITARIE

Sig. / sig.ra _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Prestazioni sostenute per sé
per il figlio minore

chiede che la somma spettante sia accreditata sul conto corrente intestato a _____
presso Banca o Posta _____

Filiale _____ via _____

C/C _____ CAB _____ ABI _____

Cod IBAN _____

Da compilare a cura del richiedente

	<i>Da compilare a cura dell'amministrazione</i>	
	Importo unitario per Km	Importo liquidato
TRASPORTO PER _____		
ANNO _____		
<input type="checkbox"/> gennaio..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> febbraio..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> marzo..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> aprile..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> maggio..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> giugno..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> luglio..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> agosto..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> settembre..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> ottobre..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> novembre..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/> dicembre..... n° _____ viaggi di Km _____	€ _____	€ _____
TOTALE	€ _____	€ _____

irma



A richiesta dell'interessato

In carta libera per gli usi consentiti dalla Legge, si attesta che l'assistito sopraindicato in trattamento emodialitico presso il Nostro Centro.

durante il mese di _____ ha dializzato per n.ro sedute _____

durante il mese di _____ ha dializzato per n.ro sedute _____

durante il mese di _____ ha dializzato per n.ro sedute _____

durante il mese di _____ ha dializzato per n.ro sedute _____

durante il mese di _____ ha dializzato per n.ro sedute _____

durante il mese di _____ ha dializzato per n.ro sedute _____

In fede

Il Responsabile del Centro _____

Luogo e data _____