

RICHIESTA RIMBORSI
ASSISTENZA SANITARIA EXTRA REGIONE
L.R. n°26 del 23/07/91 -

All'Azienda U.S.L. N°5
Distretto Sanitario di Oristano
Ufficio Ricoveri Extra-Regione /esteri

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ Via _____ n _____
in seguito all'autorizzazione rilasciata da questa Azienda USL in data _____

C H I E D E

Il rimborso del contributo per spese di viaggio e di soggiorno relative al trasferimento per cure presso : _____
per se e / o per il familiare _____
nato a _____ il _____ ;

il rimborso delle spese sanitarie

A tal fine il sottoscritto allega alla presente:

- 1 n° _____ biglietti viaggio in originale
- 2 n° _____ fatture / ricevute in originale e regolarmente quietanzate
- 3 Certificazione sanitaria in originale rilasciata dalla struttura sanitaria che attesti la ammissione e di dimissione del paziente o la data della visita di controllo effettuata
- 4 Certificato sanitario in originale che attesti la presenza dell'accompagnatore
- 5 Relazione sanitaria aggiornata ed eventuale protocollo terapeutico

Il sottoscritto chiede che la somma dovuta sia accreditata mediante:

assegno circolare non trasferibile

accredito sul Conto Corrente Bancario n° _____
COD. ABI _____ - COD CAB. _____
Quietanza propria

Oristano _____ -

Firma _____ -

