

ISTANZA PER RIMBORSO SPESE TALASSEMICO

Spett.le ASL NA/3 SUD
Distretto 59
Sant' Agnello (Na)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Cap _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

telef. n. _____ cell. _____

codice fiscale _____ / _____ / _____ / _____ /

Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____

In data _____

In qualità di

- Diretto interessato
- Esercente la patria potestà per conto del minore _____

Cod. fiscale _____ / _____ / _____ / _____ / nato il _____

a _____ residente a _____

in Via/Piazza _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per le indagini di laboratorio e le trasfusioni di emazie concentrate presso il Centro:

Allega documenti giustificativi.

Inoltre chiede che il rimborso delle spese venga erogato tramite:

- Bonifico bancario IBAN _____;
- Bonifico Postale IBAN _____

Se l'intestatario del conto è diverso dal richiedente indicare il nominativo ed il Codice fiscale

Sant' Agnello _____

Distinti saluti
