ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

SST Servizio Sanitario della Toscana

DOMANDA DI RIMBORSO TICKET

La sottoscritta/o (Cognome)_____(Nome)_____

nata/o a_____il |_|_|_|_|_|_|_|_| residente a _____

Via_____n°_____/_____

CAP|_|_|_|_|_|Telefono|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|codiceFiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PRESENTA DOMANDA DI RIMBORSO

dell'avvenuto pagamento di € |_|_|_|_|_|, |_|_| allegando a tal fine a questo modulo l'originale di entrambe le ricevute di pagamento(utente/istituto):

PER SE STESSO |_| PER UN FAMILIARE MINORE |_|

Per il seguente motivo:
|_| Non ha usufruito della prestazione;
|_| E' stato commesso un errore nel conteggio della somma dovuta;
|_| Ha pagato erroneamente in questo Istituto ISPRO somme dovute ad altri Enti
|_| Altro_____
_____

Chiede inoltre che il pagamento dell'importo dovuto venga effettuato mediante:
|_| **Bonifico Bancario** sul C/C Intestato a _____
Codice IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Firenze_____ Firma del Richiedente
_____

Pratica n. _____
Vista la documentazione presentata e allegata alla domanda l'accettazione dell'ISPRO attesta che il/la Sig._____

Ha diritto al rimborso richiesto di € |_|_|_|_|_|, |_|_|

Importo Versato € |_|_|_|_|_|, |_|_|

Importo Dovuto per prestazioni erogate € |_|_|_|_|_|, |_|_|

L'utente è stato identificato con documento ..... del .....

L'Impiegato
Timbro e Firma Leggibile