

Spett.le A.S.L. Taranto
Gestione Liste D'Attesa, C.U.P. e A.L.P.I.
Viale Virgilio, 31
74121 Taranto
da inviare a cuplisteattesa@asl.taranto.it

Il sottoscritto/a _____
codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____
nato a _____ prov. _____ il ___ / ___ / _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ prov. _____ Cap _____

CHIEDE

il rimborso del ticket sanitario relativo alla prenotazione numero _____ anno _____
ricetta numero _____

- prestazione non eseguita errato pagamento
 doppio pagamento altro: _____

Descrizione obbligatoria: _____

Chiede che il rimborso venga effettuato attraverso bonifico bancario

codice IBAN: _____

Intestato a _____

Si allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento
- Fotocopia del tesserino del codice fiscale
- Ricevuta di pagamento del ticket

Luogo e data

In fede
