



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
Presidio Ospedaliero San Salvatore
Stabilimento Centrale
Piazzale Cinelli, 4 - 61121 Pesaro
Direzione Amministrativa di Presidio
SERVIZIO CUP – CASSA

Coordinatore
Sig.ra Daniela Artigiani
Tel. 0721362600

Fax 0721362243

Mail to:
daniela.artigiani@ospedalimarchenord.it

MODULO RICHIESTA RIMBORSO TICKET – A.L.P. – PAGAMENTI VARIE

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ () Residente a _____

in via _____ n. _____

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE:

di non aver usufruito della prestazione di _____
pagata in data _____ per i seguenti motivi _____
_____ allegando il giustificativo del Reparto

di essere esente al momento dell'erogazione della prestazione allegando apposita
impegnativa sostitutiva dell'originale errata

Pertanto chiede il rimborso di quanto pagato allegando alla presente gli/l'originale delle/a
ricevuta /fattura.

Chiedo che il rimborso avvenga su c.c. bancario n. _____

Banca _____ Codice ABI _____ Codice CAB _____

Codice IBAN _____

Pesaro _____

Firma _____

Firma Operatore di Sportello _____