



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA – ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
U.O. Assistenza Primaria – Sportello Unico

**DOMANDA di
RIMBORSO / CONTRIBUTO
RISERVATO AI DIALIZZATI**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

residente a _____
Via _____ n° _____ Tel. _____

- Chiede la corresponsione di:
* rimborso spese di trasporto relative al _____ semestre dell'anno _____
* contributo per spese generali sostenute da assistiti in trattamento domiciliare
* Il/ La sottoscritto/a chiede che il versamento del contributo avvenga con le seguenti modalità:
- accreditato in c/c bancario n° _____ della Banca _____

_____ C.B.A./A.B..I. _____
CIN _____

- quietanza presso il Tesoriere dell' Azienda USL di Piacenza – Cassa di risparmio di Parma e Piacenza

Piacenza; _____
_____ (firma del richiedente)

.....

U.O. ASSISTENZA PRIMARIA – UFFICIO PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Si dispone l'erogazione di un concorso spese per l' importo di € _____

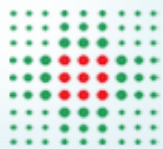
In dettaglio: _____

Totale da liquidare _____

Il Liquidatore _____

IL Responsabile della U. O.

Piacenza, _____



Azienda Unità Sanitaria Locale
Piacenza

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA – ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
U.O. Assistenza Primaria – Sportello Unico

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DELLE COORDINATE BANCARIE

IBAN – BBAN

INTESTATARIO DELC/C:

COGNOME: _____

NOME: _____

DATI BANCARI:

BANCA _____

CITTA'/FILIALE _____

COORDINATE BANCARIE (compilare tutti i campi senza lasciare alcun spazio vuoto) :

Codice Nazionale (2 lettere)	Check (2 cifre)	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 cifre)	A.B.I. (5 cifre)	N. Conto (12 caratteri)

Data _____

Firma _____