Spett.le A.S.L. "VC"
C.so M. Abbiate, 21
13100 VERCELLI

Oggetto: Richiesta rimborso quota ticket per prestazioni sanitarie

Il / la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ C.A.P._____

Via/P.zza _____

Cod. Fisc. _____ tel. _____

PER IL MINORE

Nome/Cognome_____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via/P.zza _____

Cod. Fisc. _____

CHIEDE

il rimborso del versamento effettuato con bolletta n. _____

del _____ **sul c/c codice IBAN:** | I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

pari a Euro_____ per la seguente motivazione:

_____

Si allegano:

❑ - n. 2 copie del pagamento effettuato presso punto giallo

❑ - n. 2 copie del pagamento effettuato con modulistica C.U.P.

❑ - n. 1 copia del pagamento rilasciato da sportelli Nazionali Biver Banca

Vercelli, _____ _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
ED EVENTUALE GRADO DI PARENTELA

Il responsabile dell'istruttoria: _____

FIRMA LEGGIBILE

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.