

RICHIESTA DI RIMBORSO

PER EROGAZIONE DI PRODOTTI DIETETICI PRIVI DI GLUTINE PER CONTO DEL SSR

Spett.le ASL Rieti

UOS Assistenza Farmaceutica Territoriale

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Legale rappresentante del punto vendita denominato:

Sito in _____ via _____

Autorizzato alla erogazione dei prodotti dietetici privi di glutine per conto del SSR
dalla ASL Rieti con nota prot. n. _____ del _____

CHIEDE

Il rimborso relativo al mese di _____

Per numero moduli (allegati) _____

Importo complessivo da liquidare _____, come da fattura allegata

Tipo di pagamento *		<input type="checkbox"/>	BNF	<input type="checkbox"/>	ACN	<input type="checkbox"/>	ACT	<input type="checkbox"/>	CCP
Beneficiario					Banca _____				
COD. PAESE	COD. CONTR	CIN	ABI	CAB	CODICE CONTO CORRENTE				

In fede

Data _____

*Legenda tipo pagamento
BNF: Bonifico
ACN: Assegno Circolare non trasferibile
ACT: Assegno Circolare trasferibile
CCO: Conto Corrente Postale

(timbro e firma)