

Alla DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Oggetto: Domanda rimborso ticket

NOTA CREDITO Ricevuta N° _____ del _____

Il sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ e residente a _____

In Via/P.zza _____ tel. _____

Per sé o per il familiare _____

CHIEDE

il rimborso del ticket sanitario pagato di euro: _____ per prestazione non eseguita

per il seguente motivo documentato:

- Prestazione non eseguita e cancellata entro le 48 ore dalla data di prenotazione;
- Per inopportunità o impossibilità come dichiarazione del Medico, allegata;
- Per ricovero ospedaliero dell'assistito
- Prestazione eseguita con ricetta senza l'apposita esenzione cod: _____
- Altro _____

Si allegano n.2 ricevute ticket versato n. _____ del _____

Documento di identità del richiedente

Li, _____

(firma dell'assistito richiedente)

ASL BA – UFFICIO CUP/TICKET

- **VISTA** la richiesta di rimborso e valutata la sua regolarità, si dispone il rimborso
- **VISTA** la richiesta di rimborso, si ritiene che **NON** sussiste il diritto al rimborso

li, _____

IL FUNZIONARIO AMM.VO DELL'UFFICIO

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(firma per rimborso ricevuto)

Data _____