

Alla DIREZIONE AMMINISTRATIVA

OGGETTO: Domanda rimborso ticket

NOTA CREDITO Ricevuta N° _____ del _____

Il/La Sottoscritto _____

nato a _____ il _____ e residente a _____

in Via _____ - Tel. _____

per sé o per il familiare _____

C H I E D E

il rimborso del ticket pagato di € _____ per prestazione sanitaria non eseguita per il seguente motivo documentato:

- Prestazione non eseguita e cancellata entro le 48 ore dalla 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 del ticket versato n. _____ del _____ documento di identità del richiedente.

li, _____

(Firma assistito richiedente)

A. S. L. BA
UFFICIO TICKET - CUP

- **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

LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

(Firma per rimborso ricevuto)

data _____

