**Spett.le**
**AZIENDA SANITARIA LOCALE BA**
**PRESIDIO OSPEDALIERO "BARI SUD"**
**STABILIMENTO "DI VENERE"**
**Via Ospedale "Di Venere"**
**Bari-Carbonara**

Il_ sottoscritto/a _____
Cognome Nome

C.Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Nato/a a _____

Prov._____ il _____ e residente a _____ Prov. ____

Alla Via/P.zza _____ n°.____ Tel. ___ _____

## CHIEDE

|_| - Il rimborso della cauzione, per esame coronografico, versata in data _____

|_| - Il rimborso del ticket, per rinuncia alla prestazione **(è obbligatorio aver comunicato al C.U.P. la richiesta di Annullamento della prenotazione, anche a ½ Cool Center).** In data _____

|_| - Il rimborso del ticket, per prestazione non effettuata, versato in data _____
**(Sulla impegnativa deve essere riportata la motivazione della mancata erogazione della prestazione, con l'apposizione del timbro e firma leggibile del medico.)**

|_| - Il rimborso del ticket, versato tramite c/c postale n° 06817000 per_(Motivazione Rimborso) _____
_____versato in data _____

|_| - Il rimborso per _(Motivazione Rimborso) _____
_____
versato tramite:_____in data _____

Chiede, inoltre, che tale rimborso venga effettuato:

|_| a ½ Assegno circolare all'indirizzo di residenza. *(Con addebito spese bancarie)*

|_| a ½ Bonifico Bancario su c/c - Codice IBAN _____
*(Con addebito spese bancarie)*

|_| a ½ Incasso c/o tutti gli sportelli della **Banca Popolare di Bari** *(Esente da pagamento spese)*

**All'uopo si allegano:**

|_| - **Eventuale** copia del documento che attesti l'esenzione dal pagamento del Ticket

|_| - **Entrambe le fatture Originali** del versamento effettuato.

|_| - **Fotocopia** del documento di riconoscimento;

|_| - **Fotocopia** del tesserino del codice fiscale;

Bari lì _____

In fede

_____