

Allegato alla DeL. N. Del -----

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA					
DISTRETTO DI OLBIA					
N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	333680	337402	P.R.V	€ 4.148,32	spese sanitarie + viaggio
				€ 540,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 4.688,32	