

Allegato alla Det. N. Del -----

<b>PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA</b>					
<b>DISTRETTO DI OLBIA</b>					
<b>N</b>	<b>PROT . ISTANZA</b>	<b>PROT. AUTORIZZAZIONE</b>	<b>ASSISTITO</b>	<b>IMPORTO</b>	<b>NOTE</b>
1	5716	5887	N-P	€ 3.351,64	spese sanitarie + viaggio
				€ 1.350,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			<b>€ 4.701,64</b>	