

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA					
DISTRETTO DI OLBIA					
N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	10731	12610	B.S/P.E	€ 4,426,94	spese sanitarie + viaggio
				€ 240,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 4.666,94	