

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

**PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA**

**DISTRETTO DI OLBIA**

<b>N</b>	<b>PROT . ISTANZA</b>	<b>PROT. AUTORIZZAZIONE</b>	<b>ASSISTITO</b>	<b>IMPORTO</b>	<b>NOTE</b>
1	416287	38	P-E/A-V	€ 4.000,00	spese sanitarie
				€ 180,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			<b>€ 4.180,00</b>	