

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA

DISTRETTO DI OLBIA

N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	5716	5887	N-P	€ 1.500,00	spese sanitarie
				€ 180,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 1.580,00	