

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA

DISTRETTO DI OLBIA

N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	8758	13154	M.C	€ 4.287,20	spese sanitarie +spese di viaggio
				€ 180,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 4.527,20	