

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA

DISTRETTO DI OLBIA

N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	375280	385395	P.D	€ 4.888,58	spese sanitarie +spese di viaggio
				€ 360,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 5.248,58	