

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA					
DISTRETTO DI OLBIA					
N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	2303	3481	D.C	€ 4.352,16	spese sanitarie +spese di viaggio
				€ 90,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 4.442,16	