

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

**PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI CURE ORTODONTICHE 2023 ALLEGATO A**

**DISTRETTO DI OLBIA**

| <b>N</b> | <b>N.FATTURA</b>    | <b>ASSISTITO</b> | <b>IMPORTO</b>  | <b>NOTE</b>     |
|----------|---------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 1        | 10956 DEL 26/072023 | F.F              | € 252,00        | SPESE SANITARIE |
|          |                     |                  |                 |                 |
|          |                     |                  |                 |                 |
|          | TOTALE DA LIQUIDARE |                  | <b>€ 252,00</b> |                 |