

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSO PMA					
DISTRETTO DI OLBIA					
N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	18360	21203	A.S	€ 4.136,00	spese di viaggio+spese sanitarie
				€ 360,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 4.496,20	