

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI PMA 2024

DISTRETTO DI OLBIA

N	PROT . ISTANZA	PROT. AUTORIZZAZIONE	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	26315	26680	G.V	€ 4.527,00	spese sanitarie + viaggio
				€ 45,00	spese soggiorno
	TOTALE DA LIQUIDARE			€ 4.572,00	