

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI CURE ORTODONTICHE 2024 ALLEGATO A				
DISTRETTO DI OLBIA				
N	N.FATTURA	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	Fatt n.4093/23 del 08/06/23	D.I	€ 242,00	SPESE SANITARIE
2	Fatt n.5054/23 del 11/07/23		€ 98,00	SPESE SANITARIE
3	Fatt n.7219/23 del 3/10/2023		€ 98,00	SPESE SANITARIE
4	Fatt n.431/2024 del 16/01/2024		€ 194,00	SPESE SANITARIE
5	Fatt n.2602/2024 del 21/03/24		€ 98,00	SPESE SANITARIE
6	Fatt n.3580/24 del 29/04/2024		€ 98,00	SPESE SANITARIE
7	Fatt n.5881/24del 1/08/2024		€ 194,00	SPESE SANITARIE
8	Fatt n.6584/24 del 06/092024		€ 194,00	SPESE SANITARIE
		TOTALE	€ 1.216,00	
TOTALE DA LIQUIDARE			€ 1.200,00	SPESE SANITARIE AUTORIZZATE