

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

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIMBORSI CURE ORTODONTICHE 2025 ALLEGATO A				
DISTRETTO DI OLBIA				
N	N.FATTURA	ASSISTITO	IMPORTO	NOTE
1	FATT .N 1726 DEL 10/02/2025	F.F	€ 2.002,00	SPESE SANITARIE
	TOTALE DA LIQUIDARE		€ 2.002,00	