



Istanza di rimborso di somme pagate per prestazioni non effettuate

da inoltrare a:
U.O.C. Bilancio Co.Ge. e Sistemi Informativi

Al Direttore Generale
della Asl di Viterbo

__I__ sottoscritt_ Nome _____ Cognome _____

nat_ a _____ (Prov) _____ il _____, residente in

_____ (Prov) _____ via/piazza _____ n° _____

C.F. _____ tel _____

CHIEDE

il rimborso di euro _____ relativo al versamento effettuato per la seguente prestazione

si allegano le ricevute di pagamento in originale

Lì _____

il richiedente

codice Iban _____

Attestazione di non avvenuta prestazione

__I__ sottoscritt_ _____

in qualità di _____

attesta che alla persona richiedente non é stata erogata la prestazione sopra descritta, per cui il rimborso può essere effettuato per la somma dovuta.

Lì _____

Operatore

timbro della struttura

Responsabile del servizio

Le richieste pervenute senza entrambe le ricevute in originale e senza l'attestazione di non avvenuta prestazione, saranno archiviate senza rimborso.