RICHIESTA DI RIMBORSO TICKET

Per la velocizzazione delle procedure si prega di usare il computer o scrivere in stampatello

Al responsabile C.U.P. Zona

Il/La sottoscritto/a:

nome

cognome

città tel./cell.

via/p.zza num.

cod. fiscale

Per conto: ☐ proprio ☐ del minore ☐ del tutelato ai sensi e per gli effetti della legge 4/1/1968

nome[1]

Dichiara che il giorno: non è stato effettuato l'esame - visita – prestazione[2]

per[3]

PERTANTO CHIEDE

Il rimborso della somma di euro: ( )

In cifre In lettere

come risulta dall'originale della ricevuta di pagamento e documentazione allegata.

Modalità rimborso: ☐ accredito su CC Bancario o Postale ☐ Emissione di mandato presso tesoreria MPS[4]

☐ emissione di assegno bancario non trasferibile[5]

Si conferma che il conto corrente indicato è intestato/cointestato al beneficiario del rimborso.

PAESE		CHECK		CIN	ABI					CAB					NUMERO CONTO CORRENTE											
I	T																									

Banca/Poste , Agenzia/Ufficio

Data Firma del richiedente Timbro Azienda USL Toscana Sud Est Grosseto

num. mat. op. CUP accettante Firma dell'operatore CUP accettante

N.B. Per ricevuta verrà consegnata al richiedente una fotocopia del presente modulo con timbro e firma dell'operatore. La pratica verrà evasa, di norma, entro due mesi dalla richiesta.

1 Indicare il nome solo nel caso che sia diverso dal richiedente
2 Descrivere il tipo di esame, visita o altra prestazione sanitaria
3 Specificarne il motivo
4 Cassa del Monte dei Paschi di Siena esigibile dopo 2 Mesi dalla richiesta del rimborso
5 Scelta ammissibile solo in casi eccezionali