

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

nome¹

Dichiara che il giorno: non è stato effettuato l'esame - visita – prestazione²

per³

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 MPS⁴
 emissione di assegno bancario non trasferibile⁵

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

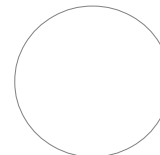
Data

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