

Trieste, _____

AL DISTRETTO SANITARIO n. 4
Assistenza dializzati e trapiantati
Via G. Sai 7 – 34128 TRIESTE



Richiesta di rimborso spese , LR 8/2001 , art.6

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

abitante a _____ in via _____ n. _____

TEL . _____ Distretto Sanitario n. _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina il rimborso delle spese sostenute dallo stesso e dall'accompagnatore per:

1) visita preliminare /tipizzazione per trapianto _____

2) trapianto _____

3) controlli post-trapianto _____

4) _____

effettuati presso _____

allega alla presente :

a) certificazione medica

b) riepilogo delle spese sostenute

Chiede inoltre che il pagamento del rimborso venga effettuato mediante :

▪ accreditamento su conto corrente bancario/postale _____

IBAN _____

▪ contanti _____

Si ringrazia e si porgono distinti saluti

firma