Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

RICHIESTA RIMBORSO

M/903/85
Rev. 6

(*NB: stesso nome di chi firma*)

Il/La sottoscritto/a …… Codice Fiscale……..…nato/a …….. il …./…/…… residente a …….…… via …….. …….. c.a.p. ……..… tel. ..…… **chiede il rimborso di €** _____ per sé oppure per il minore ❑o per il delegante ❑sig./ra ……nato/a …….. il …./…/…… residente a …….…… via …….. …….. c.a.p. ……..… tel. ..…… (allega delega e copia documento identità) e allegando la ricevuta*(NB: in duplice copia e sulla quale deve essere riportato lo stesso nominativo del richiedente salvo casi di minore o di delega)* attestante il pagamento,per il seguente motivo:
(Barrare con una X il motivo che ricorre)

a) ❑ Ha pagato erroneamente a questa Azienda anziché ad altra Azienda Sanitaria
b) ❑Non ha usufruito della prestazione per motivi non ascrivibili al richiedente
c) ❑È stato commesso un errore nel conteggio della somma dovuta
d) ❑ ha ripetuto il pagamento per la medesima prestazione

Prende atto che il rimborso avverrà medianteaccreditamento in c/c bancario o postalepresso l'Istituto _____

_____di _____ intestato a _____

Codice IBAN																										

data …… **FIRMA** (**NB: stesso nome del richiedente)* _____

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

Io sottoscritto Cognome e Nome dell'addetto in stampatello _____ Telefono dell'addetto _____

Padiglione/Ambulatorio/Punto di accettazione ……

Attesto che il richiedente - regolarmente identificato e di cui ho controllato il codice fiscale tramite Tessera Sanitaria - ha sottoscritto il modulo in mia presenza e ha diritto al rimborso di € _____ (……..……/…….). La relativa accettazione (per i casi sub b) e c)) è stata da me modificata in data odierna sul seguente SW di registrazione: ❑ ARIANNA ❑ RIS ❑ DNLAB ❑ FIRSTAID

Codice accettazione: …… Allego infine ricevuta in originale del pagamento ticket finora conservata in atti presso questo ufficio

Firenze, ……..

L'ADDETTO
(Timbro e firma)

_____

Visto Responsabile SIP o ambulatorio

_____