Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

RICHIESTA RIMBORSO

Servizio Sanitario della Toscana

M/903/85
Rev. 8

(**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 mediante accreditamento in c/c bancario o postale presso 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:

❑ ONIT di cui allego ricevuta di STORNO nr ……

Allego, infine, ricevuta originale del pagamento ticket finora conservata in atti presso questo ufficio

*N.B. Se rimborso parziale allegare RICEVUTA pagamento nr …… dopo modifica ONIT.

Firenze, ……..

L'ADDETTO
(Timbro e firma)
_____

Visto Responsabile SIP o ambulatorio
_____