

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO PER ASSISTITI DIALIZZATI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___/___/___
residente a _____ via _____
telefono _____ mail _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di trasporto sostenute nel mese di _____ per recarsi al Centro Dialisi di _____, per n. _____ viaggi effettuati, come da documentazione allegata.

Tali viaggi sono stati effettuati con:

- Autovettura modello _____ targata _____ di sua proprietà
- Autovettura modello _____ targata _____ di proprietà di terzi condotta dal/la Sig./ra _____ residente a _____
- Mezzo di trasporto pubblico collettivo

per n. _____ viaggi di andata e ritorno dal proprio domicilio al Centro Dialisi nel mese

A tal fine comunica i seguenti riferimenti bancari:

CODICE IBAN

Intestato a

Data _____

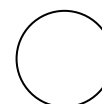
Firma dell' assistito

Firma dell'accompagnatore

PARTE RISERVATA AL CENTRO DIALISI

Si conferma che il numero di viaggi per il quale viene chiesto il rimborso corrisponde al numero di sedute dialitiche effettuate nel mese

Timbro del Centro Dialisi



PARTE RISERVATA AL DISTRETTO SANITARIO

N. sedute effettuate	n. viaggi	distanza in km Dimora/Centro Dialisi	tariffa per km	totale da rimborsare
_____	_____	_____	€ _____	€ _____