REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

DIREZIONE GENERALE

(ALL. B)

DISTRETTO N° _______ Presidio di GMT di ___________________________________

TIPO DI VISITA : DOMICILIARE ☐ AMBULATORIALE ☐

__l__ sottoscritt__ ____

nato a ___________________________________ Prov. (___) il________________________

residente in ____ Prov. (____)

Via – Piazza____

N° telefonico______________________ C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tessera Sanitaria N° __/

Doc. Id.ta_____ N°_________________ rilasciato il ___/___/___/ da__________________

Si impegna a versare entro e non oltre 3 gg. dalla prestazione la somma di €.___________ sul

☐ C/C N° 19722909 INTESTATO A : A.S.P. di PALERMO SERVIZIO DI TESORERIA PROVENTI ENTRATE DIVERSE, CAUSALE VERSAMENTO – PAGAMENTO TICKET PER PRESTAZIONE MEDICA G.M.T. ANNO 2023.

☐ SERVIZIO di CASSA della BANCA NAZIONALE DEL LAVORO – TESORERIA A.S.P. di PALERMO CODICE IBAN IT39 L 01005 04600 000000 218200 CAUSALE - VERSAMENTO PAGAMENTO TICKET PER PRESTAZIONE MEDICA G.M.T. ANNO 2023.

☐ OPPURE ATTRAVERSO gli SPORTELLI di CASSA TICKET dell'AZIENDA PRESENTI sul TERRITORIO. CAUSALE - VERSAMENTO PAGAMENTO TICKET PER PRESTAZIONE MEDICA G.M.T. ANNO 2023.

Si rende noto che il rilascio del referto è subordinato al pagamento della prestazione.

Qualora entro il tempo predetto non si provvederà al pagamento l'A.S.P. di Palermo attiverà le procedure per il recupero coatto del costo della prestazione, gravato delle spese di relativa procedure.

li,_________________________________

F I R M A

____