



MODULO 4 – RIMBORSO

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a il _____
(cognome e nome) (data)

Residente a _____ Tel. N° _____
(comune, indirizzo)

Documento di identità _____
(tipo e numero)

CF _____

richiede all'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo il rimborso della somma di € _____

relativo alla pratica allegata alla presente intestata a

se stesso altro soggetto _____
(cognome e nome)

Causale rimborso:

- 1 Disdetta prenotazione
2 Annullamento prestazione

Modalità di rimborso

Accredito sul conto corrente n. _____

Codice IBAN _____

Banca _____ Agenzia _____

Allega: ricevuta di pagamento
 copia documento di riconoscimento

Data _____
(firma richiedente)