



MODULO – RIMBORSO

da inviare a: *protocollo@asst-pg23.it*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

residente a _____ Tel. N° _____

documento di identità _____

CF _____

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

Causale rimborso:

- 1 Disdetta prenotazione
- 2 Modifica/integrazione prestazioni prenotate
- 3 Non esecuzione di prestazioni prenotate
- 4 Variazione dati prenotazione
- 5 Altro (specificare) _____

Modalità di rimborso

- 1 Assegno circolare presso l'abitazione dell'intestatario della prenotazione
- 2 Accredito sul conto corrente n. _____

Codice IBAN _____

Banca _____ Agenzia _____

Data _____
_____ (firma richiedente)

L'operatore matricola n° _____ qualifica (per competenza) _____

attesta che il rimborso è dovuto.

Data _____ Firma _____

Allega: originale ricevuta di pagamento