

OGGETTO.: RIMBORSO CURE ORTOGNATODONTICHE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ Cod. Fisc.: _____ residente a _____
Via _____ n. _____ Tel _____

CHIEDE

per se/familiare _____ nato a _____ il
_____ Cod. Fisc.: _____ residente a _____
Via _____ n. _____ Tel _____

il rimborso delle spese per cure ortognatodontiche nella misura prevista dalla normativa vigente.

Chiede inoltre che il rimborso spettante venga accreditato mediante bonifico sul Cod. IBAN

intestato a: _____

Il sottoscritto allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

- 1) Piano terapeutico validato dal Centro Malattie Rare
- 2) Piano di spesa dello specialista

Carbonia, _____

FIRMA
