

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

FRONTESPIZIO LETTERA

Registro: **Protocollo Generale**

Protocollo: n. **13630** del **02/03/2015 15:44:47**

Sottoscritta da **GRECO MICHELE** con firma digitale

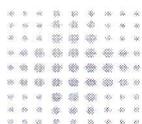
Oggetto: **RICHIESTA EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO - ART.50 L.R. 22/80-
LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO SPESA PER RIMBORSI VIAGGI DIALISI A FAVORE
ASSOCIAZIONE PUBBLICA ASSISTENZA CITTA' DI PORTOMAGGIORE -GENNAIO 2015 -
DISTRETTO SUD-EST- AMBITO DI PORTOMAGGIORE EURO 462,12**

IMPRONTE

Lettera_5501205.pdf.P7M

5837EB650E391643F15571B9BD8E219D777223EF8A07E838E6A2FEE335AB7DF6BBA565D0910AABB6D21ABD4F89C0D47762C375C1
D5B4E751AB6A825C6C8811B

L'originale del presente documento redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato dall'Azienda USL Ferrara secondo normativa vigente. Ai sensi dell'art. 3 bis c. 4 bis D. Lgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ad inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'art. 3 del D. Lgs 39/1993.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

U.O. SERVIZI AMMINISTRATIVI DISTRETTUALI

Il Direttore

Classifica L/03 fasc.20/2015.

Ferrara, 02/03/2015
vedi segnatura .xml

Alla cortese attenzione di

U.O. ECONOMICO FINANZIARIA

UFF. PAG. FORNITORI E
GESTIONE CONTENZIOSO
BRAGAGLIA VANDA

**Oggetto: Richiesta emissione mandato di pagamento - art.50 L.R. 22/80-
Liquidazione e pagamento spesa per rimborsi viaggi dialisi a favore "Ass.ne
Pubblica Assistenza CITTA' di PORTOMAGGIORE -Gennaio 2015 -
Distretto Sud-Est- Ambito di PORTOMAGGIORE €. 462,12**

Ai sensi dell'art.50 della L.R. 29 Marzo n°22, si chiede l'emissione di un mandato di pagamento di :

Euro 462,12

A FAVORE DI :

- Ass.ne Pubblica Assistenza "Città di Portomaggiore"
Via De Amicis, 22 – 44015 PORTOMAGGIORE (FE)
P.I 92004980386
IBAN: 90 R 07072 67320 065000606544
su delega n° 4 UTENTI

C.D.C. 300021

Si attesta che la spesa di cui sopra -da imputarsi al **conto n°810170072 "Altri rimborsi agli assistiti"** del Bilancio Sanitario 2015 - è regolare , rientra nei limiti del budget concordato e nulla osta alla liquidazione.

Cordiali saluti.

Il Dirigente
GRECO MICHELE
(lettera firmata digitalmente)