

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

FRONTESPIZIO LETTERA

Registro: **Protocollo Generale**

Protocollo: n. **19623 del 25/03/2015 12:05:34**

Sottoscritta da **GRECO MICHELE** con firma digitale

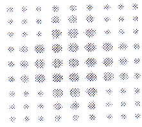
Oggetto: **RICHIESTA EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO - ART.50 L.R. 22/80-
LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO SPESA PER RIMBORSI VIAGGI DIALISI A FAVORE
ASS.NE PUBBLICA ASSISTENZA CITTÀ DI PORTOMAGGIORE - FEBBRAIO 2015 -
DISTRETTO SUD-EST- AMBITO DI PORTOMAGGIORE €. 327,46**

IMPRONTE

Lettera_5556912.pdf.P7M

E6551EA247560D807EE90B0B695D51D5B6CD34A383B8453055941742ABA742FA012FA77EAC58C1448467907441CEA75E081EB3BAC
F57BCD4E5B42D608DB3CC16

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

Classifica L/03 fasc.20/2015.

Ferrara, 25/03/2015
vedi segnatatura .xml

Alla cortese attenzione di

U.O. ECONOMICO FINANZIARIA
e, p.c. Dr.ssa V. Braglia

**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 -
FEBBRAIO 2015 - DISTRETTO SUD-EST- AMBITO DI PORTOMAGGIORE Euro
- 327,46**

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

Euro 327,46

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° 3 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)

DISTRETTO SUD-EST
Via R.Cavallotti,347
44021 CODIGORO(FE)
tel.0533/729906 –Fax 0533/729900

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara
Sede legale: Via Cassoli, 30 – 44100 Ferrara
T. +39.0532.235.111 - F. +39.0532.235.588
www.ausl.fe.it
Partita IVA 01295960387