

## FRONTESPIZIO LETTERA

Registro: **Protocollo Generale**

Protocollo: n. **22984** del **12/04/2017 11:40:48**

Sottoscritta da **GRECO MICHELE** con firma digitale

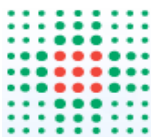
**Oggetto: RICHIESTA EMISSIONE MANDATO DI PAGAMENTO - ART.50 L.R. 22/80-  
LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO SPESA PER RIMBORSI VIAGGI DIALISI A FAVORE ASS.NE  
PUBBLICA ASSISTENZA CITTA DI PORTOMAGGIORE MARZO 2017 -  
DISTRETTO SUD-EST- AMBITO DI PORTOMAGGIORE EURO 463,31 -**

IMPRONTE

Lettera\_7210126.pdf.P7M

3359A9F144D7B2DBE5779B2F61EFC01AD78928E74DD1AFDA5AE60B33B2BA98EFB4D517876EEA5F66EBC28B12617F302478C0E3F  
CB0022DCF971F3BC724A1C442

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.25/2017.

Ferrara, 12/04/2017  
vedi segnatura .xml

Alla cortese attenzione di

U.O. ECONOMICO FINANZIARIA  
e, p.c. Dr.ssa Vanda Bragaglia

**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 MARZO 2017 - DISTRETTO SUD-EST- AMBITO DI PORTOMAGGIORE EURO 463,31 -**

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

**Euro 463,31**

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 2017 - 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 De Amicis, 22  
44015 PORTOMAGGIORE (Fe)  
tel.0532/817504 –Fax 0532/817489

**Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara**  
Sede legale: Via Cassoli, 30 – 44100 Ferrara  
T. +39.0532.235.111 - F. +39.0532.235.688  
www.ausl.fe.it  
Partita IVA 01295960387

**DISTRETTO SUD-EST**  
Via De Amicis, 22  
44015 PORTOMAGGIORE (Fe)  
tel.0532/817504 –Fax 0532/817489

**Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara**  
Sede legale: Via Cassoli, 30 – 44100 Ferrara  
T. +39.0532.235.111 - F. +39.0532.235.688  
[www.ausl.fe.it](http://www.ausl.fe.it)  
Partita IVA 01295960387