

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ in via _____
telefono _____ cell _____
mail _____

Si impegna entro 15 giorni dalla data odierna a pagare la somma di
Euro _____ per la prestazione di _____
erogata in data _____ al Sig. _____
impegno a pagare n° _____ secondo le seguenti modalità:

- direttamente presso gli sportelli del CUP;
- C/C Postale n° 11523990 intestato all'Azienda Sanitaria n° 3 di Nuoro;
- on line inserendo il codice *IBAN* IT78 W0760117300000011523990;
- on line dall'estero oltre al codice *IBAN*, inserendo anche il codice *BIC/SWIFT* BPPIITRRXXX,
riportando nella causale la dicitura "recupero ticket "

La presente costituisce obbligo al pagamento entro il termine sopra indicato.

Il mancato adempimento comporterà il recupero forzoso del credito con addebito dei relativi oneri aggiuntivi.

L'eventuale diritto di esenzione ticket dovrà essere comunicato, in forma scritta, entro gli stessi 15 giorni previsti per il pagamento.

In fede

Nuoro li

Il presente modulo deve essere completo in tutte le sue parti

Altre informazioni sul sito www.aslnuoro.it,
info: servizio comunicazione@aslnuoro.it