

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
codice fiscale _____ residente a _____
in via _____ telefono _____
cell _____ mail _____ doc. ident. _____
n. _____ (allegato), **si impegna entro 15 giorni dalla data odierna a pagare** la somma di
Euro _____ per la prestazione di _____
erogata presso _____ in data _____ al Sig. _____
prenotazione n° _____ secondo le seguenti modalità:

- direttamente presso gli sportelli del CUP;
- utilizzando **C/C Postale n° 1058813732** intestato all'Azienda Sanitaria n° 3 di Nuoro presso le Poste Italiane e il cui codice IBAN completo è **IT60G0760117300001058813732**;
- **bonifico bancario** inserendo il codice IBAN **IT41N010151730000070782965** intestato all'Azienda Sanitaria n° 3 di Nuoro presso il Banco di Sardegna; per bonifici esteri il codice BIC/SWIFT è **BPMOIT22XXX**.

Riportare nella causale di versamento la dicitura "**Impegno a pagare prenotazione ticket n. _____**"

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.

Luogo e data

In fede

Allegato documento d'identità

Il presente modulo deve essere completo in tutte le sue parti

Altre informazioni sul sito www.aslnuoro.it