ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS – Fondazione Pascale

ALLA S.C.GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

Il/La sottoscritto/a_____**nato/a**_____

il_____ **C.F.**_____

residente a _____**Via**_____**CAP**_____

tel_____ **e-mail**_____

CHIEDE

il rimborso tramite bonifico della somma di euro_____ **versata per il pagamento ticket in data** _____

☐ **sul proprio c/c e pertanto dichiara di essere il titolare del sotto indicato CODICE IBAN**

☐ **su c/c intestato a**_____ **titolare del CODICE IBAN sotto indicato**

IBAN

Nome Banca_____

per le motivazioni di seguito riportate:

_____

_____

_____

_____

IN FEDE

NAPOLI _____ _____