ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS – Fondazione Pascale

ALLA S.C.GESTIONE RISORSE
ECONOMICO-FINANZIARIE

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome Banca_____

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

il_____ **C.F.**_____

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

tel_____

CHIEDE

il rimborso della somma di euro_____ **versata per il pagamento ticket in data** _____ **per le motivazioni di seguito riportate:**_____
_____
_____
_____
_____

IN FEDE

NAPOLI _____ _____