



ALL'AMMINISTRAZIONE
I.R.C.C.S FONDAZIONE "G.PASCALE"
SEDE

IBAN: _____

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

X _____

NAPOLI, _____