

DOMANDA RIMBORSO PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE

Al Distretto Socio Sanitario n. _____ A.S.L. 3 II/La sottoscritto/a Nato/a a ______ il _____ Residente a _____ CAP_____ in Via_____ Codice Fiscale tel. a seguito di trattamento con dialisi peritoneale domiciliare, come da certificazione sanitaria rilasciata da in data **CHIEDE** Il contributo previsto dalla L.R. n. 28 del 27/08/1987 e dalla L.R. n. 36 del 22/08/1989, pari a €. 258,23 Accredito sul conto corrente IBAN: Intestato a: Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs 196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.; al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti informativi, amministrativi e contabili connessi al rapporto contrattuale.