

## IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Il sottoscritto .....

Residente a ..... via /piazza .....

C.I./Pat. Di guida n° ..... scadenza.....

A seguito delle cure di protesica odontoiatriche ricevute, si impegna a versare alla ASL 3

- Euro.....a titolo di anticipo (1/4 del preventivo)
- Euro.....a saldo

Per un importo totale di Euro.....

Tramite bonifico bancario intestato ad ASL 3 - cod. IBAN : IT61Z0617501406000002379490  
Banca CARIGE Ag.6, Piazza Dante 40 - Genova

Causale del bonifico: PAGAMENTO PRESTAZIONI DI PROTESICA ODONTOIATRICA  
Specificando quale rata si sta pagando (anticipo, saldo)

FIRMA

.....

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

N.B.

Si informa che in caso di mancato pagamento si procederà al recupero del dovuto per vie legali.