



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"
Partita IVA e Cod. Fiscale: 11632570013

00972

Il Signor _____

(cognome)

(nome)

abitante in Torino, _____

(indirizzo)

versa all'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

l'importo di € _____

(Euro)

(importo in lettere)

a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria ai sensi delle norme vigenti, per le seguenti prestazioni:

☐ ANALISI DI LABORATORIO _____ € _____

☐ ESAMI RADIOGRAFICI _____ " _____

☐ VISITA SPECIALISTICA _____ " _____

☐ _____ " _____

☐ _____ " _____

Totale € _____

Il suddetto importo è pagabile presso i punti di pagamento automatico ubicati nella struttura erogante,

Spazio riservato all'Istituto di Credito prescelto per il versamento

Si attesta il versamento dell'importo sopra indicato.

_____ (data)

_____ (timbro e firma)

In materia di bollo si applica l'art. 9 della Tabella, allegato B, annessa al D.P.R. 26-10-1972, N° 642

1-Copia per l'Assistito 2-Copia per la Banca 3-Copia da trattenere presso l'ASL