



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"
Partita IVA e Cod. fiscale: 1163257013

N°

Il Signor _____

(cognome)

(nome)

abitante in Torino, _____

(indirizzo)

versa all'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

l'importo di €

(Euro

(importo in lettere)

☐ Copia Cartella Clinica _____

€

☐ Iniezione Conservativa _____

"

☐ Prestazioni Ambulatoriali _____

"

☐ Visita _____

"

☐ _____

"

Totale €

Il suddetto importo è pagabile tramite i punti rossi dell'Ospedale Maria Vittoria e Amedeo di Savoia, oppure agli sportelli delle filiali di Torino dell'Istituto Bancario San Paolo - Tesoriere dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Spazio riservato all'istituto di Credito cotesoriere precelto 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



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"
Partita IVA e Cod. fiscale: 1163257013

N°

Il Signor _____

(cognome)

(nome)

abitante in Torino, _____

(indirizzo)

versa all'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

l'importo di €

(Euro _____)

(importo in lettere)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Copia Cartella Clinica _____ | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniezione Conservativa _____ | " _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni Ambulatoriali _____ | " _____ |
| _____ | " _____ |
| <input type="checkbox"/> Visita _____ | " _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | " _____ |

Totale € _____

Il suddetto importo è pagabile tramite i punti rossi dell'Ospedale Maria Vittoria e Amedeo di Savoia, oppure agli sportelli delle filiali di Torino dell'Istituto Bancario San Paolo - Tesoriere dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Spazio riservato all'istituto di Credito cotesoriere precelto 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

2 - Copia per l'Assistito da Consegnare all'Atto del Ritiro o Prestazione



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"
Partita IVA e Cod. fiscale: 1163257013

N°

Il Signor _____

(cognome)

(nome)

abitante in Torino, _____

(indirizzo)

versa all'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

l'importo di €

(Euro _____)

(importo in lettere)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Copia Cartella Clinica _____ | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniezione Conservativa _____ | " _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni Ambulatoriali _____ | " _____ |
| _____ | " _____ |
| <input type="checkbox"/> Visita _____ | " _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | " _____ |

Totale € _____

Il suddetto importo è pagabile tramite i punti rossi dell'Ospedale Maria Vittoria e Amedeo di Savoia, oppure agli sportelli delle filiali di Torino dell'Istituto Bancario San Paolo - Tesoriere dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Spazio riservato all'istituto di Credito cotesoriere precelto 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

3 - Copia per la Banca



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"
Partita IVA e Cod. fiscale: 1163257013

N°

Il Signor _____

(cognome)

(nome)

abitante in Torino, _____

(indirizzo)

versa all'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

l'importo di €

(Euro

(importo in lettere)

☐ Copia Cartella Clinica _____

€

☐ Iniezione Conservativa _____

"

☐ Prestazioni Ambulatoriali _____

"

☐ Visita _____

"

☐ _____

"

Totale €

Il suddetto importo è pagabile tramite i punti rossi dell'Ospedale Maria Vittoria e Amedeo di Savoia, oppure agli sportelli delle filiali di Torino dell'Istituto Bancario San Paolo - Tesoriere dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Spazio riservato all'istituto di Credito cotesoriere precelto 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

4 - Copia per la Banca



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "Città di Torino"
Partita IVA e Cod. fiscale: 1163257013

N°

Il Signor _____

(cognome)

(nome)

abitante in Torino, _____

(indirizzo)

versa all'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

l'importo di €

(Euro

(importo in lettere)

☐ Copia Cartella Clinica _____

€

☐ Iniezione Conservativa _____

"

☐ Prestazioni Ambulatoriali _____

"

☐ Visita _____

"

☐ _____

"

Totale €

Il suddetto importo è pagabile tramite i punti rossi dell'Ospedale Maria Vittoria e Amedeo di Savoia, oppure agli sportelli delle filiali di Torino dell'Istituto Bancario San Paolo - Tesoriere dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Spazio riservato all'istituto di Credito cotesoriere precelto 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

5 - Copia da Trattenere Presso ASL