



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

MODULISTICA PER RATEIZZAZIONE MANUFATTI PROTESICI FISSI O MOBILI

Si ricorda che alla conferma d'ordine del manufatto, il cittadino utente sarà tenuto a versare un acconto di **Euro 50,00**.
Il piano di rateizzazione prevede rate da un **minimo di Euro 20,00 ad un massimo di Euro 100,00**
fino ad un massimo di 12 rate annuali

Al Distretto di _____
Azienda USL di Parma

Il sottoscritto _____

In qualità di _____ del minore _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Codice Fiscale n. _____

Recapito telefonico n. _____

In riferimento al preventivo di spesa rilasciato il _____

- relativo al manufatto protesico mobile
- relativo al manufatto protesico fisso

di importo pari a Euro _____

C H I E D E il pagamento rateizzato dell'importo pari a Euro _____

in n. _____ rate mensili pari ad Euro _____ ciascuna

Si allega fotocopia di un documento di identità.

In fede

li, _____
