

**Spetti. ASL BA  
Distretto S.S.di Bari  
BARI**

**Oggetto:Modalità di pagamento.**

**Il/La sottoscrittola \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_**

**chiede che le somme dovute per rimborso spese di trapianto/estero/dialisi  
siano pagate:**

**Per Cassa**

**Con Assegno Circolare N.T.**

**Con Accredito  
(codice IBAN)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data**

**firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_