

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Il _____ e residente a _____ prov. _____ In
via _____ n. _____

In qualità di soggetto beneficiario di un contributo economico per le richiesta rimborso tickets sanitari approvato con determinazione n. 145 del 10/06/2013

DICHIARA

Che il codice IBAN **bancario** dove accreditare il contributo in mio favore è il seguente:

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

Che il codice IBAN **postale** dove accreditare il contributo in mio favore è il seguente:

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

di non essere titolare di alcun conto corrente postale o bancario su cui accreditare i pagamenti in mio favore.

Serle, _____

In fede
