REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

Allegato 3

Utente _____

RENDICONTAZIONE SPESE SANITARIE			
PROFESSIONISTA	**FATTURA / RICEVUTA N.**	**DATA**	**IMPORTO**
		TOTALE SPESE	

Allegare fotocopia delle fatture/ricevute indicate nell'elenco.