**Allegato 1)**

DA STAMPARSI SU CARTA INTESTATA ASL TO 4

(modello proposto per le lettere di sollecito relative a tickets non pagati)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig. Cognome e Nome

Indirizzo

Cod post. Città Prov.

**OGGETTO:** Richiesta pagamento tickets per prestazioni specialistiche.

Con riferimento alla prestazione specialistica da Lei usufruita presso questa Azienda il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, si comunica che in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di partecipazione alla spesa sanitaria è tenuto al pagamento del ticket che risulta non versato al momento della prestazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella misura di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

L’anzidetta somma dovrà essere corrisposta entro 30 giorni dal ricevimento della

presente mediante:

 - Versamento su CCP allegato;

- internet banking utilizzando il codice IBAN del CCP.

Per presentare l’attestazione dell’avvenuto pagamento o le proprie contestazioni in merito alla pratica ci si può rivolgere al seguente indirizzo:

***S.C. Gestione Economico – Finanziaria, (indicare, indirizzo, giorni ed orari di apertura al pubblico, telefono, fax, mail ecc.).***

In mancanza del versamento o in caso di contestazione non accettata questa struttura provvederà alla trasmissione della pratica alla S. S. Legale Assicurazioni per l’ulteriore prosieguo della procedura di recupero del credito.

Distinti saluti.

 FIRMA