**Allegato 3)**

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 quota per omessa disdetta di prestazione.

Con riferimento alla prestazione specialistica da Lei prenotata presso questa Azienda per il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , si comunica che, in ottemperanza a quanto previsto dall’ allegato1 alla DGR n. 14-10073 del 28/7/2993, è tenuta al pagamento della tariffa intera a fronte della omessa disdetta della prestazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella misura di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’Anzidetta somma dovrà essere corrisposta entro 30 giorni dal ricevimento della presente tramite:

- 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.S. 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 e Assicurazione per l’ulteriore prosieguo della

procedura di recupero del credito.

Distinti saluti

 FIRMA