**Allegato 2)**

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 tariffa intera per referti non ritirati.

Con riferimento alla prestazione specialistica da Lei usufruita presso questa Azienda il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, si comunica che in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 4 della L. 30/12/1991 n. 412 è tenuto al pagamento della tariffa intera a fronte del mancato ritiro del referto relativo alla 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 contestazioni in merito alla pratica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contestualmente, è invito a provvedere al ritiro del referto stesso tramite esibizione della copia di ricevuta in suo possesso presso la segreteria della Struttura che ha erogato la prestazione, che potrà così soddisfare eventuali richieste di ragguagli.

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

Distinti saluti.

 FIRMA