

Al Direttore Distretto Sanitario di Base di Agrigento
SEDE

RICHIESTA CANALIZZAZIONE SPETTANZE

Il Sottoscritto Dr. _____ nato il _____,

nella qualità di _____ C.R. _____, chiede

l'accredito delle proprie spettanze presso la Banca _____

cod. IBAN _____.

Agrigento, li _____

TIMBRO e FIRMA