

## IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO CON RATEIZZO

Il sottoscritto .....

Residente a ..... via /piazza .....

C.I./Pat. Di guida n° ..... scadenza.....

A seguito delle cure di protesica odontoiatriche ricevute, chiede di poter dilazionare in 4 tranches il pagamento delle prestazioni ricevute e si impegna a versare alla ASL 3:

- Euro..... (anticipo corrispondente ad  $\frac{1}{4}$  della spesa totale)
- Euro..... Entro il.....
- Euro..... Entro il.....
- Euro..... Entro il.....

Tramite bonifico bancario intestato ad ASL 3 - cod. IBAN: IT12D0538701406000047047162 - BPER BANCA S.P.A. Genova – Agenzia 6 Piazza Dante 40 r, Genova

Causale del bonifico: PAGAMENTO PRESTAZIONI DI PROTESICA ODONTOIATRICA  
Specificando quale rata si sta pagando (anticipo, prima, seconda o terza rata)

### IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(firma)

N.B.

Si informa che in caso di mancato pagamento si procederà al recupero del dovuto per vie legali.