

Proposta Numero: **DEL-547-2023**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
AREA GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE**

Registrazione di spesa

STRUTTURA PROPONENTE: **Distretto Socio Sanitario 5**

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-547-2023**

DATA: **22/02/2023**

OGGETTO: **Autorizzazione e impegno di spesa per ciclo di riabilitazione
neurologica cognitiva pz. D.G.**

Esercizio	Codice Conto	Tipo Movimento	Descr Tipo Movimento	Num Movimento e Descrizione	Importo	SIOPE	Codice CUP	Codice CIG	Fondi a destinazione vincolata	Annotazioni
2023	7061400014501				2400,00					

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

DELIBERAZIONE IN ORIGINALE

**B1A732FEC47CEAF342AF9A7CF2AD0EC3D84360F6
7A734BB3D3EABA386B510FE4**

ATTESTAZIONE DELIBERAZIONE

**D6E9DAE757337AFF87AAAFF7C31D4EF656C1851B
29F00FADBADA55918CDB021D**

Firmato digitalmente dal dirigente dell'A.G.R.E.F.