RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, CURE TERMALI

Spett.le
Monsile Con te – Mutua del Credito Cooperativo
Via Roma n. 21/a
31050 – Monastier di Treviso (TV)

Il/la sottoscritto /a _____ nato/a a _____

prov._____ il ____/_____/_____ e residente a _____ prov._____ indirizzo

_____ codice fiscale _____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie

☐ Visite Specialistiche ☐ Esami, accertamenti e trattamenti fisioterapici ☐ Cure termali

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in fotocopia n. _____ del ____/____/_____
   n. _____ del ____/____/_____
   n. _____ del ____/____/_____
2. Prescrizione del medico riportante la richiesta di prestazione

C H I E D E

il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

A MEZZO

c/c Banca di Monastier e del Sile Credito Cooperativo

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisisti in relazione alle prestazione rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

☐ dò il consenso ☐ nego il consenso

_____ _____

(data) (firma)

==========

(parte riservata alla Società di Mutuo Soccorso)

Socio dal_____/_____/_____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno_____? ☐ SI ☐ NO

☐ Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. _____ in data _____/_____/_____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

_____

_____

_____

Ufficio Monsile con te