

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
Valdarno Mutua
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
 Piazza della Libertà 26
 52927 – San Giovanni Valdarno (AR)

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ e residente a
 _____ prov. _____ indirizzo _____
 E-mail _____ codice fiscale _____

DICHIARA di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

Visite Specialistiche Esami ed accertamenti Cure termali

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. _____ del ____/____/____ Motivo _____

2. Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi a mezzo bonifico:

COD. IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|-----|--|-----|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|
| I | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paese | Cin IBAN | Cin | | ABI | | | CAB | | | | | | | | | | | | | | | N.ro Conto |

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

_____ (data)

_____ (firma)

===== (parte riservata alla Mutua) =====

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.

Data _____

_____ (per l'ufficio della Mutua)

_____ (per il Consiglio della Mutua)