

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Spett.le
Gargano Vita – Mutua del Credito Cooperativo
Viale Aldo Moro, 9
71013 – San Giovanni Rotondo (FG)

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 ed accertamenti Cure termali

come da documentazione allegata:

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

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

CHIEDE

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

COD. IBAN

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

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni 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 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 SMS)

_____ (per il Consiglio della SMS)