

RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE

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 del servizio di trasporto in autoambulanza per motivi medico-sanitari
come da documentazione allegata:

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

2. Documentazione medica comprovante la prestazione medico-sanitaria eseguita

CHIEDE

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

COD. IBAN[illegible]

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 _____

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)