RIMBORSO VISITA MEDICA SPORTIVA

Spett.le
CUORE
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via Bra 15, Roreto di Cherasco
12062 Cuneo

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/_____/_____ e residente a_____ indirizzo_____ codice fiscale _____

CHIEDE

ai sensi del rimborso "VISITA MEDICA SPORTIVA" l'erogazione del sussidio familiare per:

Visita medica sportiva o agonistica effettuata tra il 1° settembre e il 30 novembre dell'anno in corso

☐ **Per il Socio:** _____

Oppure

☐ **Per nome del figlio:** _____

Che vorrete accreditarmi, a mezzo bonifico, sul mio conto corrente

COD. IBAN

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

Allo scopo allega le seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del __/__/___ emessa da _____

_____ (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 € __ _____ in data _____/_____/_____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per _____

Firme: _____ (per l'ufficio della Mutua) _____ (per il Consiglio della Mutua)