RICHIESTA RIMBORSO VISITA MEDICA SPORTIVA

Spett.le
CUORE ETS
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
l'erogazione del sussidio familiare per "VISITA MEDICA SPORTIVA"

Visita medica sportiva o agonistica effettuata tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2024

☐ **Per il Socio: _____**

oppure

☐ **per il figlio minorenne: _____**

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 la 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)