RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE

Spett.le
CUORE
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via Bra 15
12062 Roreto di Cherasco (CN)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov._____ il ____/_____/_____ e residente a

_____ prov._____ indirizzo _____

E-mail _____ codice fiscale _____

DICHIARA

di aver usufruito del servizio di trasporto in autoambulanza o taxi sanitario 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

C H I E D E 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												

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

Data *Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo*