



RICHIESTA DI RIMBORSO PER TERAPIE / VISITE SPECIALISTICHE

Nr. protocollo _____/____ di data ____/____/_____

**Alla Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via M. della Libertà, 42/b – 34079 Staranzano**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

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

indirizzo _____ C.F. _____

DICHIARA

di aver ottenuto da un convenzionato la prestazione sottoelencata, come da fattura allegata

Terapia

Visita Specialistica

Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____ Presso _____

e ne CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Soci.

SCEGLIE LA SEGUENTE FORMA DI RIMBORSO:

su conto corrente c/o BCCSV IBAN _____

ASSEGNO BCC SV non trasferibile _____

Per quanto riguarda il trattamento dei dati particolari 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:

o dò il consenso

o nego il consenso

al trattamento degli stessi secondo l'informativa consegnatami in sede di adesione.

_____/_____/_____
(data)

(firma)

=====

(parte riservata alla M.A.C.C.)

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.

Firme: _____
(per l'ufficio M.A.C.C.)

(per il Consiglio della M.A.C.C.)