RETE VENETA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

DOMANDA DI RIMBORSO

Spett.le RETE VENETA SMS
Via Straelle San Pietro n, 12/G
35012 CAMPOSAMPIERO (PD)
Mail: reteveneta.sms@gmail.com

Il/la sottoscritto/a ……, nato/a a …… prov. ……
il …… e residente a …… (……) in via …… n. ……
cell …… – CF …… Mail……

DICHIARA di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie: (Segnare con una **X**)

	Visite Specialistiche		Esami ed accertamenti		Ricovero ospedaliero/day hospital

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta pagamento Fattura/Ticket
2. Certificato di ricovero/dimissioni o certificato prestazione in day hospital

N FATTURA	data	importo

C H I E D E

in qualità di dipendente della società …… il risarcimento ai sensi del Regolamento della MUTUA 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 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 e firma) (data e firma)

(parte riservata alla MUTUA)

Socio 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.

Data_____ firma _____