RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E TERMALI

Spett.le
A L B A N O S T R A
Cassa Mutua G. Leopardi - ETS
Piazza Barcaroli, 30
60030 - Morro d'Alba (AN)

Il/la sottoscritto/a _____

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

_____ prov._____ indirizzo _____

_____codice fiscale _____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

□ **Visite Specialistiche** □ **Esami, accertamenti** □ **Fisioterapia** □ **Trattamenti Termali**

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. _____ del _____/_____/_____

   Motivo _____

2. Prescrizione del Medico di base/Specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE il rimborso ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi

A MEZZO

c/c numero _____ BCC di Ostra e Morro d'Alba, Filiale _____

_____ _____
(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)*

Si ricorda che l'informativa inerente al trattamento dei dati personali resa ai sensi del Reg. UE 679/16 è stata fornita e sottoscritta in fase di richiesta di ammissione quale Socio ed è ulteriormente consultabile, qualora lo ritenga necessario, sul sito www.albanostra.it