RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE

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 ____/_____/_____ e residente a

_____ prov._____ indirizzo _____

_____codice fiscale _____

DICHIARA

di aver usufruito del seguente servizio di trasporto per motivi medico-sanitari
(solo verso e dall'Ospedale/Cliniche)

☐ Autoambulanza ☐ Taxi Sanitario

A tale scopo allega:

1. Ricevuta/Fattura in originale n. _____ del _____/_____/_____
   Motivo_____
2. Documentazione medica comprovante la prestazione medico-sanitaria eseguita.

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