

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 _____

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili 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 alle specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

do 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)

Si ricorda che l'informativa inerente al trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 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