MUTUA DEL CREDITO COOPERATIVO
vitaamica
Banca sostenitrice BCC Vicentino Aderente al Gruppo Bancario Cooperativo Iccrea

Spett.le
Vita Amica – *Mutua del Credito Cooperativo*
Via Matteotti, 46
36026 Pojana Maggiore (VI)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. ____ il ____/____/_____ codice fiscale _____ residente a _____

prov. ____ indirizzo _____ telefono _____

DICHIARA

di aver usufruito del seguente servizio di trasporto per motivi medico-sanitari

☐ Autoambulanza ☐ Taxi

come da documentazione allegata:

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

   _____

2. Documentazione medica comprovante la prestazione medico-sanitaria eseguita

C H I E D E

il risarcimento ai sensi del Regolamento Sussidi a mezzo bonifico:

COORDINATE IBAN

I	T																								
Paese		Cin IBAN		Cin	ABI					CAB					Numero Conto										

(Data) (Firma dell'Associato)

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisisti in relazione alle prestazione 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

(la Mutua in questo caso non sarà autorizzata a gestire la pratica di rimborso).

(Data) (Firma dell'Associato)

PARTE RISERVATA ALLA MUTUA

Associato dal____/____/_____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno_____? ☐ SI ☐ NO

☐ Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data _____/_____/_____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

(Data) (Sigla Ufficio Vita Amica) (Sigla Consiglio di Amministrazione Vita Amica)