



Spett.le
 Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS
 Via Matteotti, 47
 36026 Pojana Maggiore (VI)

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____
 prov. ____ indirizzo _____ telefono _____
 e-mail _____

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

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Sussidi a mezzo bonifico:

COORDINATE IBAN

I	T				0	8	7	3	2					0	0	0	0	0	0				
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI					CAB					Numero Conto										

.....
 (Data)

.....
 (Firma dell'Associato)

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 per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

do 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

Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____?

SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____

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

VISTO E DATA RIMBORSO	