

RICHIESTA DI RIMBORSO PER TRASPORTO PERSONALE

Spett.le

Abruzzese Salute - Mutua del Credito Cooperativo

Via Umberto I n. 78/80

65010 - Cappelle sul Tavo (PE)

Il/lasottoscritto/a.....nato/a a.....(.....)

il...../...../.....residente in.....(.....) vian°.....

Recapito telefonico..... C.F.:

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

come da documentazione allegata:

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

2. Documentazione medica comprovante la prestazione medico-sanitaria eseguita

CHIEDE il rimborso sul proprio conto corrente a suo tempo indicato a mezzo bonifico come da Regolamento vigente.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 art.9, c.2, lett. a) e d) in merito al trattamento dei dati personali, acquisiti in relazione alle prestazioni di rimborso rese dalla Abruzzese Salute (ad esempio dati dai quali possa desumersi il proprio stato di salute), saranno strettamente ed esclusivamente gestiti per le specifiche finalità della pratica di rimborso:

dà il consenso

nega il consenso

(data)_____

(firma)_____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità (DPR N.445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

_____ li _____

In fede

N.B.: si ricorda che le domande di rimborso devono pervenire entro il termine max. 90 gg. dalla data della prestazione, pena la mancata accettazione delle stesse.

Dal 91° giorno al 180° i rimborsi saranno erogati al 50%. Nessun rimborso sarà erogato, decorso tale ulteriore termine.

La Mutua, ai fini di un eventuale riscontro, può chiedere in visione il documento originale, laddove presentato in copia.

Ricevuto in data _____

timbro e firma _____

=====

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal.....scadenza annualità.....in regola con i pagamenti SI NO

Assenso alla liquidazione della somma €.....in data.....

Dissenso alla liquidazione per.....

Data _____

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)
