

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI
DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E TERMALI**

Spett.le Insieme 2018 - Mutua del Credito Cooperativo Via Gorgi, 33 - 33100 Udine

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____ e

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 n. _____ del ____ / ____ / ____ Motivo _____

2 Prescrizione del medico di base/specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi

A MEZZO

c/c numero _____ Banca360 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 per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

do il consenso nego il consenso

(data)

(firma)

=====

(parte riservata alla Società di Mutuo Soccorso)

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 _____

_____ (per l'ufficio della MUTUA) (per il Consiglio della MUTUA)