RICHIESTA DI DIARIA PER VISITE SPECIALISTICHE / ESAMI / CURE TERMALI

Spett. le
Si'Cura Mutua del Credito Cooperativo dell'Alta Brianza
Via IV novembre 549
22040 Alzate Brianza (CO)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il_____ / _____ / _____ e residente a

_____ prov. _____ indirizzo _____

_____ codice fiscale _____

DICHIARA di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie:

☐ Visite Specialistiche ☐ Esami ed accertamenti ☐ Cure termali

come da documentazione allegata:

1. ricevuta/fattura in originale n. _____ del___ /_____ /_____ motivo _____

_____

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

COD. IBAN

I	T																											
Paese		Cin IBAN		Cin	ABI					CAB					N.ro Conto													

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:

☐ dò 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 € _____ in data _____

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

Firme: _____ _____
(per l'ufficio della Mutua) (per il Consiglio della Mutua)