VITAPIU' CASSA MUTUA
Mutua di Assistenza di Banca delle Terre Venete

MODULO RICHIESTA RIMBORSO SERVIZI DI TRASPORTO

Vers. 2023

Spett.le VITAPIU'
Mutua di Assistenza di Banca delle Terre Venete E.T.S.
Via Spada, 2
31050 VEDELAGO (TV)
tel. 0423.476687 – segreteria.vitapiu@gmail.com

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a_____prov._____il____/____/_____e residente a

_____ prov._____indirizzo _____

_____codice fiscale _____

DICHIARA

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

☐ Autoambulanza / Mezzo Sanitario ☐ Automezzo trasporti solidali (con pedana) ☐ Taxi

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura n._____del____/____/_____con indicazione del tragitto percorso per il seguente motivo:_____
2. Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita

C H I E D E il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

A MEZZO

c/c n._____acceso presso la filiale_____

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

_____ _____
(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)