Spett.le VITAPIU' Mutua di Assistenza di Banca delle Terre Venete E.T.S. Via Spada, 2 31050 VEDELAGO (TV) tel. 0423.476687 – cell. 3485895087 info@cassamutuavitapiu.it

II/la sottoscritto/a					
nato/a a	prov	il	/	<u>/</u> e r	esidente a
F	provind	dirizzo			
	codice fis	scale			
	DICHIARA				
di aver usufruito del seguente s	servizio di traspo	orto per mo	otivi medic	o-sanitari	
Autoambulanza / Mezzo Sanitario	Automezzo solidali (con			Taxi	
come da documentazione allegata:					
Ricevuta/Fattura ndel	<u>/ / c</u> c	on indica	zione del	tragitto pe	rcorso per il
seguente motivo:					
2. Documentazione medica comprovante	la prestazione	medica-s	sanitaria e	eseguita	
C H I E D E il risarcimento a	ni sensi del Re	golament	o Diarie e	e Sussidi.	
	A MEZZO				
c/c n	_acceso pres	so la filia	ıle		
Per quanto riguarda il trattamento dei dati si prestazione rese dalla Mutua (ad esempio dati limiti in cui esso sia strumentale per le specifich □ dò il consenso	dai quali possa	a desumer	si il mio st prestazior	tato di salute	e), sempre nei iieste:
(data)		-		(firma)	
(parte	riservata alla M	===== utua)	=====	======	======
Socio dal/ Ha versato la	quota di rinnovo	per l'anno_		_?	☐ NO
Assenso alla liquidazione della somma di		in data_	/	/	
NO, non si può procedere alla liquidazione	per mancanza de	i requisiti ri	chiesti.		
Firme:					
(per l'ufficio della Mutua)		(per	il Consiglio de	ella Mutua)	