

RICHIESTA CONCORSO SPESE

Nome e Cognome del SOCIO _____

Codice Fiscale _____

Iscritto al piano sanitario _____

Il sottoscritto richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da unita documenta- zione della cui autenticità si assume la piena responsabilità, secondo quanto previsto dal proprio Profilo assistenziale.

PRESTAZIONE RELATIVA A: (BARRARE LA CASELLA)			N. FATTURA	DATA FATTURA	IMPORTO
SOCIO	CONIUGE	FIGLI			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

TOTALE _____

N. documenti allegati (escluso il presente modulo): _____

Comunicazioni: _____

Data _____

Firma _____

Note:

La documentazione originale di spesa non verrà restituita. Non sarà, inoltre, possibile rilasciare fotocopie della documentazione di spesa inoltrata. Per le richieste relative alle cure odontoiatriche allegare "Scheda per le cure odontoiatriche".