

# RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE

Spett.le “CRESCERE INSIEME” Mutua del Credito Cooperativo ETS

Il/la Sottoscritto/a .....	Nato il .....
Residente a .....	Via ..... n° ....
Telefono .....	Cellulare .....

## D I C H I A R A

Di aver usufruito, presso Istituti convenzionati, delle seguenti prestazioni sanitarie:

- Visite specialistiche

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura “IN FOTOCOPIA” della prestazione sanitaria.

## C H I E D E I L C O N T R I B U T O

Ai sensi del regolamento “ visite specialistiche “

CON ACCREDITO c/o BANCA PREALPI SANBIAGIO CREDITO COOPERATIVO

C/C ..... Filiale .....

(data) ..... (Firma) .....

( Parte riservata alla Mutua )

Socio dal ..... ha versato la quota per l'anno in corso?    SI     NO

Assenso alla liquidazione della somma di €. .... In data .....

Non è possibile procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti:

.....

(firma ufficio Mutua) ..... (firma CdA Mutua) .....