

RICHIESTA DI RIMBORSO PER IL TRASPORTO PERSONALE
(Valido solo da e per “destinazioni in Istituti di cura”)

Spett.le “CRESCERE INSIEME” Mutua del Credito Cooperativo

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

D I C H I A R A

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

- AUTOAMBULANZA;
- TAXI .

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- DOCUMENTAZIONE MEDICA comprovante la prestazione sanitaria eseguita;
- LA RICEVUTA/FATTURA “ IN FOTOCOPIA ” del servizio di trasporto.

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

Ai sensi del regolamento “ Servizio di Trasporto “

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)