

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/___ e residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ C.F. _____

Cellulare _____ E-mail _____

DICHIARA

di aver usufruito della seguente prestazione sanitaria

Visita specialistica Esame/ecografia/trattamenti terapeutico Cura termale

come da documentazione allegata:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ___/___/___ Motivo _____

CHIEDE il rimborso ai sensi del Regolamento Diarie e SussidiA

MEZZO

Conto corrente c/o Banca Prealpi SanBiagio Credito Cooperativo

IBAN: _____ Filiale _____

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli (NOIxNOI A.M.S. - info@noixnoi.net – tel. 0438/586873).

_____ (luogo e data)

_____ (firma per accettazione e presa visione)

=====

(parte riservata a NOIxNOI)

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 di NOIxNOI)

_____ (per il Consiglio di NOIxNOI)