

Spett.le
MARCA SOLIDALE - Società di Mutuo Soccorso
Via G. Garibaldi n. 46
31010 – Orsago (TV)

Il/la sottoscritto/a _____ CDG _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
e residente a _____ prov. _____ in via _____
codice fiscale _____

DICHIARA

di aver usufruito delle seguenti prestazioni sanitarie

Visite Specialistiche Esami ed accertamenti Cure termali

come da documentazione allegata:

1. Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____

Motivo _____

2. Prescrizione del medico curante riportante la patologia/infortunio che ha causato la prestazione

CHIEDE il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi.

A MEZZO

C/C BANCA DELLA MARCA numero _____ filiale _____

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste:

dò il consenso

nego il consenso

(data)

(firma)

=====

(parte riservata a MARCA SOLIDALE)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. _____ in data ____/____/____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme: _____
(per l'ufficio MARCA SOLIDALE)

_____ (per il Consiglio di MARCA SOLIDALE)