RICHIESTA DI RIMBORSO

(DA CONSEGNARE A MARCA SOLIDALE - VIA GARIBALDI N. 46 - 31010 ORSAGO)

Per informazioni e contatti, è disponibile il sito di Marca Solidale all'indirizzo **www.marcasolidale.it**

Cognome e Nome del Socio _____ Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo di posta elettronica _____

N.B. I dati relativi al c/c del Destinatario sono quelli registrati nella propria posizione anagrafica. Per eventuali variazioni è necessario effettuare apposita comunicazione a Marca Solidale per mezzo dell'Assistente Personale in www.marcasolidale.it

FIGLIO/I PER I QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale
Cognome e nome	Codice Fiscale

ELENCO DOCUMENTAZIONE

IMPORTO	**TIPO PRESTAZIONE**	**ALLEGARE ESCLUSIVAMENTE FOTOCOPIE senza SCONTRINO FISCALE. La documentazione NON verrà più restituita.**
€	□ Visita Specialistica	Se non indicato in modo chiaro in fattura – documento con indicazione chiara della visita eseguita.
€	□ Esami /accertamenti	Se non indicato in modo chiaro in fattura – documento con indicazione chiara dell'esame eseguito.
€	□ Cure termali e fisioterapia	**Allegare Prescrizione Medica**
Dal ____ Al ____	□ Diaria per malattia/infortunio	Documento rilasciato dall'istituto di cura riportante data di entrata ed uscita e causa della malattia/infortunio che ha causato il ricovero.
€	□ Altro	Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita, compreso anche il **VACCINO CANI e GATTI.**
€	□ ComeTe Educa Servizi	□ Supporto Bisogni Educativi
ALTRO	□ Igiene Dentale □ Bonus Cultura/Concerti/Sport	□ Sostegno Maternità □ Bonus NonSoloScuola
ALLEGATI	N°____ ricevute fiscali	

Costo pratica € 2,50

Autorizzo il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese da MARCA SOLIDALE ETS (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:

☐ **do il consenso** ☐ nego il consenso

***La prestazione del consenso è limitata alla sola gestione dei dati di questa richiesta, ed è finalizzata a poter trattarli per il rimborso. La negazione del consenso al trattamento impedisce di prendere il carico e lavorare la pratica.**

_____ _____

(Data) **(Firma)**

NOTE

_____

Riferimenti interni per eventuali informazioni: Banca della Marca fil_____ Matricola_____

Nel caso in cui la documentazione presentata non fosse sufficiente per la liquidazione del rimborso/diaria Marca Solidale si riserva di chiedere al Socio ulteriore documentazione comprovante la prestazione medica.