

# 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](http://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](http://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.
€	<input type="checkbox"/> Visita Specialistica	Se non indicato in modo chiaro in fattura – documento con indicazione chiara della visita eseguita.
€	<input type="checkbox"/> Esami /accertamenti	Se non indicato in modo chiaro in fattura – documento con indicazione chiara dell'esame eseguito.
€	<input type="checkbox"/> Cure termali e fisioterapia	<b>Allegare Prescrizione Medica</b>
Dal ____ Al ____	<input type="checkbox"/> 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.
€	<input type="checkbox"/> Altro	Documentazione medica comprovante la prestazione medica-sanitaria eseguita.
€	<input type="checkbox"/> Come Te/ComeTe Educa	<input type="checkbox"/> Care Manager <input type="checkbox"/> Servizi
ALTRO	<input type="checkbox"/> Igiene Dentale <input type="checkbox"/> Bonus Concerti/Palestra	<input type="checkbox"/> Sostegno Maternità <input type="checkbox"/> 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.