ASSOCIAZIONE DIPENDENTI LUCART

RIMBORSO G.I.C.

Del 22/02/2019

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione:

Il/la sottoscritto/a Socio/a Nome e Cognome.....

Nato/a ..... Prov. (.....) il ...../...../.....

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a .....…… CAP.....

Via/Piazza .....…….. N° ..... Prov. (.....)

Chiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da unita documentazione della cui autenticità si assume la piena responsabilità, secondo quanto previsto dal regolamento.
Si allegano le copie delle seguenti documentazioni di spesa (fatture e ricevute fiscali).
Gli scontrini fiscali come le fatture dovranno INDICARE ESPRESSAMENTE IL CODICE FISCALE del socio ed essere accompagnati da prescrizione medica attestante la congruità con l'intervento.
I documenti dovranno essere consegnati in originale, verranno fotocopiati e restituiti, oppure consegnati in copia autenticata da pubblico ufficiale.
Ricorda di farti rilasciare la cartella clinica completa di anamnesi e della descrizione del tipo di intervento subito.

N°	DOCUMENTO	DATA	PRESCRIZIONE	IMPORTO						
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
								,		
INTERVENTO DEL			**TOTALE**					,		

N. documenti allegati (escluso il presente modulo): …….

Associazione Dipendenti Lucart
Via della Baccanella Snc
55023 Diecimo - LU
Tel. 0583 8370
info@crallucart.it
www.crallucart.it

VARIE (eventuali note del richiedente):

.....

.....

.....

Preso atto dell'informativa fornita dalla Associazione Dipendenti Lucart ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso, ai sensi degli artt. 23 e 26 del predetto decreto legislativo al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

- Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Associazione Dipendenti Lucart nei confronti dei propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto dell'Associazione;
- Istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
- Soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà.

Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Dati per pagamento

Intestatario conto corrente .....

Denominazione banca.....

IBAN

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Non sono ammessi documenti e certificati prodotti in autocertificazione.

Consegnare la domanda in busta chiusa al centralino di stabilimento

...../...../..... .....

Data Firma del Socio

Non scrivere nel riquadro sottostante

Per accettazione:

Data..... Il Segretario.....

Associazione Dipendenti Lucart
Via della Baccanella Snc
55023 Diecimo - LU
Tel. 0583 8370
info@crallucart.it
www.crallucart.it