

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)