

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE

SOCIO (Cognome e nome)

BANCA DI APPARTENENZA:

Tel.: cell.: e-mail:

SOCIO o FAMILIARE per il quale si richiede il rimborso

Cognome e nome

DETTAGLIO RICEVUTE DI SPESA ALLEGATE

Prestazione	Numero Fattura	Data Fattura	Importo

AVVERTENZE:

Tutta la documentazione dovrà essere trasmessa in originale.

La documentazione deve essere inviata entro 30 gg. dalla data di emissione della fattura (*)

Se già rimborsato da altro Ente, inviare dettaglio di liquidazione e fatture originali (le fotocopie delle fatture saranno accettate solo nel caso che l'ente liquidatore non restituisca i documenti originali).

L'esibizione della documentazione richiesta è indispensabile per ottenere il rimborso delle spese

(*) PER I RICOVERI TALE TERMINE E' DI 60 GIORNI

Allegati

- n. [] Giustificativi di spesa
- n. [] Cartella clinica
- n. [] Diagnosi del medico specialista curante/medico di base
- n. [] Relazione medica (in caso di intervento ambulatoriale)

Firma del Socio

N.B.

La Cramas, nell'espletamento delle attività ad essa deferite, è vincolata dal segreto d'ufficio nel rispetto, tra l'altro, di quanto disposto dalla Dlgs. 30/6/2003 n. 196 in materia di privacy e trattamento dei dati sensibili.

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dal D.Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei dati forniti, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza le comunicazioni dei dati personali a: C.R.A.M.A.S. SMS nonché ad Enti pubblici e privati per fini statistici ed agli altri soggetti titolari del trattamento dei dati personali generali e sensibili, per le finalità e nei limiti indicati dalla suddetta legge.

Data

Firma del Richiedente