



Richiesta di rimborso per VISITE MEDICHE DENTISTICHE

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome		Nome	
Nato a	() il	C.F.	
Indirizzo	CAP	Comune	()
CCNL	Qualifica	Livello	
Telefono	cellulare	e-mail	

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale			
Partita IVA		Codice Fiscale	
Indirizzo	CAP	Comune	()
Telefono	FAX	e-mail	
Referente aziendale		Settore/attività	

Documenti allegati:

- Documento di identità del richiedente (copia)
- Ricevuta della prestazione medica
- Copia ultima busta paga

Il sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Veneto F.V.G., dichiara di aver sostenuto il giorno _____ una visita medica di cui allega regolare fattura o pezza giustificativa e richiede un rimborso del 50% della spesa sostenuta secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal regolamento dell'ente.

Data _____

Firma _____

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca	Agenzia
--------------	----------------

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'Ente Bilaterale Veneto F.V.G. e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale Veneto F.V.G., nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell'EBVF SI NO

- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento SI NO

Firma _____

Questa scheda può essere spedita via fax al n. **041-5893667**- via e-mail: **segreteria@ebvenetofvg.it** - a mezzo Posta all'indirizzo: **Ente Bilaterale Veneto F.V.G. – Piazza XX Settembre, 23 – 30033 Noale (Ve)**