



Prot.

€

**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'artt. 13,13,15,16,17,18,19,20, 21,22 Reg Eu. 2016/679 esprime il consenso 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., in qualità del Titolare del Trattamento, mail [info@ebvenetofvg.it](mailto:info@ebvenetofvg.it), 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.*

*Ha sempre diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>. E' stato nominato il DPO contattabile al seguente indirizzo mail [dpo@ebvenetofvg.it](mailto:dpo@ebvenetofvg.it)*

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

*- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento ≤SI≤NO*

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)**



Firma \_\_\_\_\_