VERS. 01/19

EBVF

Spazio riservato

Prot.

€

Richiesta di rimborso per VISITE MEDICHE AZIENDALI

(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)**
- ❑ **Fattura della prestazione medica**

Il sottoscritto _____ legale rappresentante dell'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Veneto F.V.G., richiede un rimborso per la spesa sostenuta (di cui si allega regolare fattura) per le visite mediche aziendali sostenute, per numero _____ dipendenti regolarmente iscritti all'Ente Bilaterale Veneto F.V.G..

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. 13,14,15,16,17,18,19,20, 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 Trattament, mail 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 regliamo all'Autorità di Controllo https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524 E' stato nominato il DPO contattabile al seguente indirzzo mail dpo@ebvenetofvg.it

- 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)**