



Richiesta di rimborso per VISITE MEDICHE OCULISTICHE

(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome	Nome	C.F.	
Indirizzo	CAP	Comune	()
Tel/Cell	e-mail	Qualifica	

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale			
Partita IVA		Codice Fiscale	
Indirizzo	CAP	Comune	()
Tel/Cell	e-mail		

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 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)																																
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td><td style="width: 2.78%;"></td> </tr> </table>																																

Il sottoscritto, vista l'informativa di cui all'artt.13,15,16,17,18,19,20,21,22 Reg Eu. 2016/679, scaricabile dal sito www.ebvenetofvg.it, esprime il consenso al trattamento dei miei dati personali da parti di Ente Bilaterale Veneto FVG (mail info@ebvenetofvg.it) per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'ente in qualità del Titolare del Trattamento, 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 all'Autorità di Controllo <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>. E' stato nominato il Data Protection Officer, che è contattabile al seguente indirizzo mail dpo@ebvenetofvg.it. Dichiaro inoltre quanto sotto riportato:

- Desidero ricevere via SMS notifica di pagamento SI - NO
- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell'ente SI - NO

Firma _____