VERS. 01/20

# 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 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, 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* _____

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. – Via Castellana, 88/C – 30030 Martellago (VE)**