

Prot.

€



## Richiesta di rimborso protesi

### (a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

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

### (b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

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

#### Documenti allegati:

- Documento di identità del richiedente (copia)
- Fattura o Ricevuta della spesa sostenuta
- 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.,

- Protesi odontotecnica/dentistica  Altro tipo di protesi (apparecchi, acustici, busti ortopedici, ecc.)

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)**