



INSIEME SALUTE TOSCANA S.M.S.
Largo F.lli Alinari, 21 - 50123 Firenze (FI)
Tel. 055/285961; Fax. 055/2398176
E-Mail segreteria@insiemesalutetoscana.it

MODULO PER LA DOMANDA DI RIMBORSO

Cognome*:	Nome*:
Codice Fiscale*:	Telefono:
Cell:	E-Mail:

* campi obbligatori

COORDINATE BANCARIE IBAN C/C su cui accreditare il rimborso

(da compilare solo in caso di prima richiesta di rimborso o di variazione dei dati precedentemente comunicati)

Intestatario conto corrente bancario Sig./Sig.ra _____

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	NUMERO C/C

Il sottoscrittore richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, come da allegata documentazione.
(allegare tutta la documentazione richiesta dal Regolamento per il proprio Piano di Assistenza)

N° DOC.	DATA DOC.	PRESTAZIONE	STRUTTURA	IMPORTO
				,
				,
				,
				,
				,
				,

N° documenti allegati (comprese prescrizioni e altri documenti)

--

Note: indicare di seguito eventuali variazioni di Residenza o altre Comunicazioni

Data _____

Firma _____

—
—
—