ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI
VENETO E.LAV.

# Richiesta di Rimborso

## PROTESI

### A-DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

**Il/La sottoscritto/a,**_____

**Codice Fiscale**_____ **Indirizzo**_____

**C.a.p.**_____ **Comune**_____ **Prov.**_____

**Tel.**_____ **E-mail**_____Qualifica_____

### B- DATI ANAGRAFICI AZIENDA

**Ragione sociale**_____

**Codice Fiscale/P.iva**_____

**Indirizzo** _____ **C.a.p.**_____

**Comune**_____ **Prov.**_____

**Tel.** _____ **E-mail**_____

**Il sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi di E.LAV. - ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI, dichiara di aver sostenuto cure mediche 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.**

**DOCUMENTI RICHIESTI:**

- ☐ Documento di identità del richiedente (copia)
- ☐ Fattura/ricevuta fiscale prestazione medica
- ☐ Copia ultima busta paga

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 Reg Eu. 2016/679, esprime il consenso al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'E.LAV. - ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI, di E.LAV. Veneto e delle società o organizzazioni legate a E.LAV. per le finalità istituzionali, connesse o strumentali 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 via e-mail notifica di pagamento ☐SI ☐NO

Data_____ Firma_____