ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI
VENETO E.LAV.

Richiesta di Rimborso

VISITE OCULISTICHE

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_____