

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI/CURE TERMALI

Con riferimento a quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") ed ai requisiti dallo stesso definiti, in relazione a quanto richiesto dal D.Lgs.101/18, Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

(data)

(firma)

=====
(parte riservata alla Mutua)

Socio dal_ / /_ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno_ ? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _ per gg. _ in data / /_

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Data_

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)