All'Ufficio Libera Professione e Controllo Fatturazione
Attiva e Recupero Crediti
Tel. 02.58.296.480 – 02.58.296.694

Oggetto: DOMANDA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a
Cognome _____ Nome_____

Codice Fiscale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ **Tessera Sanitaria n.** _____

Nato/a a _____ **Prov.** (_____) il _____

Domiciliato /a _____ **Prov.** _____ **in (via, piazza, ...)**_____

n. _____ **Tel.** _____

CHIEDE

Il rimborso di € _____ relativo alla ricevuta/fattura n. _____ del

_____

- o per sé
- o come genitore del minore di 18 anni

Cognome _____ Nome_____

Codice Fiscale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ **Tessera Sanitaria n.** _____

Nato/a a _____ **Prov.** (_____) il _____

A tal fine dichiara (motivo della richiesta documentata dal medico/ufficio):

_____
-

_____
-

_____
-

Data di esecuzione della prestazione _____

Tipo di prestazione per la quale viene richiesto il rimborso _____

Documentazione allegata:

- ricevuta/fattura in originale
- dichiarazione del medico
- copia del certificato di esenzione
- altro (utile per ottenere il rimborso)

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso:

sul C/C dell'Istituto Bancario _____

IBAN /_/

Data _____ **Firma**_____