

Spettabile  
Società Operaia  
Maschile e Femminile  
di Mutuo Soccorso  
I S E O

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
matr. \_\_\_\_\_ Socia/o dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. 030/\_\_\_\_ opp. Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ agenzia di \_\_\_\_\_ codice Iban

IT																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

chiede

di poter usufruire del Fondo Assistenza, e in particolare (barrare ciò che si sceglie)

- del punto A  a) visite mediche specialistiche (allegare copia fattura / ricevuta)
- b) occhiali da vista (allegare ricetta medica e copia fattura)
- c) protesi acustiche (allegare ricetta medica e copia fattura)

del punto C

dichiara inoltre di non aver ricevuto altri rimborsi per la stessa prestazione.

In fede \_\_\_\_\_

Iseo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

---

Approvato dalla Commissione assistenza Soci in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Rif. Op. nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_,00

Il Segretario \_\_\_\_\_