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

La/il sottoscritta/o _____

matr. _____ Socia/o dal _____/_____/_____

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 copia fattura)

☐ c) protesi acustiche (allegare copia fattura)

☐ del punto C

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

In fede _____

Iseo, _____ / _____ / 20____

Annualità versate n. _____

Approvato dalla Commissione Assistenza Soci in data _____/_____/20____

Rif. Op. nr. _____/_____ € _____,00 Il Segretario _____