

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:

del punto A a) visite mediche specialistiche (allegare copia fattura / ricevuta)

b) occhiali da vista (allegare copia fattura / ricevuta)

c) protesi acustiche (allegare copia fattura / ricevuta)

del punto B visite mediche specialistiche per minore

(allegare copia fattura / ricevuta)

del punto C trasporto di tipo sanitario (allegare copia fattura / ricevuta)

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

In fede _____

Iseo, ____ / ____ / 20____

Iscrizione anni: ____; annualità versate n. ____; età ____

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

Rif. Op. nr. _____

€ _____,00

Il Segretario _____