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

La/il sottoscritta/o _____

nato il _____/_____/_____ 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) prestazioni sanitarie (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 _____