

RICHIESTA RIMBORSO VISITA MEDICA SPORTIVA



Spett.le
CUORE ETS
Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo
Via Bra 15, Roreto di Cherasco
12062 Cuneo

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____
indirizzo _____ codice fiscale _____

CHIEDE

l'erogazione del sussidio familiare per "VISITA MEDICA SPORTIVA"

Visita medica sportiva o agonistica

Per il Socio: _____

oppure

per il figlio minorenni: _____

che vorrete accreditarvi, a mezzo bonifico, sul mio conto corrente

COD. IBAN

I	T																			
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI	CAB	N.ro Conto															

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____ emessa da _____

(data)

(firma)

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? ☐ SI ☐ NO

☐ Assenso alla liquidazione della somma di € _____ in data ____/____/____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per _____

Firme: _____
(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)