

**RICHIESTA DI RIMBORSO PER IL TRASPORTO PERSONALE**  
(Valido solo da e per “destinazioni in Istituti di cura”)

Spett.le “CRESCERE INSIEME” Mutua del Credito Cooperativo ETS

Il/la Sottoscritto/a .....	Nato il .....
Residente a .....	Via ..... n° ....
Telefono .....	Cellulare .....

**D I C H I A R A**

Di aver usufruito, per motivi medico-sanitari, del seguente servizio di trasporto:

- AUTOAMBULANZA;**
- TAXI .**

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- DOCUMENTAZIONE MEDICA** comprovante la prestazione sanitaria eseguita;
- LA RICEVUTA/FATTURA “ IN FOTOCOPIA”** del servizio di trasporto.

**C H I E D E I L C O N T R I B U T O**

Ai sensi del regolamento “ Servizio di Trasporto “

**CON ACCREDITO c/o BANCA PREALPI SANBIAGIO CREDITO COOPERATIVO**

**C/C .....** **Filiale .....**

**(data) .....** **(Firma) .....**

( Parte riservata alla Mutua )

**Socio dal ..... ha versato la quota per l’anno in corso?    SI         NO**

**Assenso alla liquidazione della somma di €. .... In data .....**

**Non è possibile procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti:**

.....

**(firma ufficio Mutua) .....** **(firma CdA Mutua) .....**