EN.BIL.GEN.
Ente Bilaterale Generale
Direzione Generale

Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT.
€

Richiesta di rimborso per VISITE MEDICHE OCULISTICHE

(A) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome ..... Nome .....
Nato/a a ……...….(…..) il ..…..……..…… C.F. ……..……..……
Indirizzo ……..……..…. CAP …….. Comune ……..…..…..……..(….)
CCNL ……....…….. Qualifica ……..…….. Livello ……..……
Tel ……..…. Cellulare ……..…… e-mail ……

(B) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale ……..……..…
Partita IVA ……..……..… Codice Fiscale ……..……..
Indirizzo ……..…….. CAP …….. Comune ……..……..……(….)
Tel ……... FAX ……..…. e-mail ……...…..……..……
Referente Aziendale ……..……..…. Settore/Attività ……..…….....…...

Documenti allegati:

☐ Documento di identità del richiedente (copia)

☐ Ricevuta/Fattura della prestazione medica

☐ Copia ultima busta paga

Il/La sottoscritto/a……..…… di cui al punto (A), appartenente all'azienda di cui al punto (B) essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Generale - **EN.BIL.GEN.**, dichiara di aver sostenuto il giorno …… una visita medica di cui allega regolare fattura o pezza giustificativa e richiede un rimborso del 50% della spesa sostenuta secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dal regolamento dell'Ente.

Data …….. Firma ……..……

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca ……..……..…….. Agenzia ……..……..

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'Ente Bilaterale Generale - **EN.BIL.GEN.** e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale Generale - **EN.BIL.GEN.**, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.*

*- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di **EN.BIL.GEN.*** ☐ *SI* ☐ *NO*

Firma ……..……..……..

Questa scheda può essere spedita via Fax al n. 06.58343020 - via e-mail: direzionegenerale@enbilgen.it
a mezzo Posta all'indirizzo: Ente Bilaterale Generale - **EN.BIL.GEN.** - Viale Beethoven, 63 - 00144 ROMA