EN.BIL.GEN.
Ente Bilaterale Generale
Direzione Generale

Spazio riservato EN.BIL.GEN.

| PROT. |
|---|
| DEL |

# Richiesta di rimborso per VISITE MEDICHE DENTISTICHE

## (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 documento giustificativo e chiede un rimborso del 50% della spesa sostenuta secondo i parametri massimi di finanziamento indicati nel Regolamento del Bando.

Data …….. Firma ……..……

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

Banca ……..……..…….. Agenzia ……..……..

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

[redacted]

-☐*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