



Spazio riservato EN.BIL.GEN.

PROT.
€

Direzione Generale

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)

IBAN input boxes

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) e s.m.i. e D.Lgs 101/2018, esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del D.Lgs 196/03 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: direzioneegenerale@enbilgen.it a mezzo Posta all'indirizzo: Ente Bilaterale Generale - EN.BIL.GEN. - Viale Beethoven, 63 - 00144 ROMA