

Spettabile
Società Operaia
Maschile e Femminile
di Mutuo Soccorso
I S E O

La/il sottoscritta/o

matr. _____ Socia/o dal ____/____/19____

residente a _____ in _____ n. _____

tel. 030/_____ opp. Cell. _____

e-mail _____

codice Iban IT _____

chiede

di poter usufruire del Fondo Assistenza, e in particolare (barrare ciò che si sceglie)

- del punto A a) visite mediche specialistiche (allegare copia fattura / ricevuta)
 b) occhiali da vista (allegare ricetta medica e copia fattura)
 c) protesi acustiche (allegare ricetta medica e copia fattura)

del punto B

del punto C

dichiara inoltre di non aver ricevuto altri rimborsi per la stessa prestazione.

In fede _____

Iseo, ____ / ____ / 20____

Approvato dalla Commissione assistenza Soci in data ____/____/20____

Rif. Mand. nr. ____/____

Il Segretario _____