

Scheda per rimborso spese farmaceutiche prestazione per persone con disabilità

da allegare alla richiesta di rimborso, insieme alla prescrizione medica

I miei dati

nome _____ cognome _____

con riferimento alla richiesta di rimborso, specifico quanto segue:

assistito/a: _____ nome e cognome _____

diagnosi: _____
come da prescrizione medica allegata

totale numero scontrini: _____

numero scontrino	farmaco	q.tà	prezzo unitario	importo totale
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
totale				€

luogo e data _____

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

 

il Socio (firma leggibile)

 

l'avente diritto se maggiorenne
(firma leggibile)

 

il Tutore/Amm. Sost./Procuratore
(firma leggibile)