

RICHIESTA CONCORSO SPESE

ATTENZIONE: è necessario inviare un modulo per ogni assistito

Nome e Cognome del Socio _____

Nome e Cognome dell'ASSISTITO (se diverso dal socio) _____

Iscritto al piano sanitario _____

Comunicazioni _____

NB: La richiesta di concorso spese può essere inviata attraverso l'**AREA RISERVATA** o l'**APP**. Per informazioni su come accedere scrivere a assistenza@mail.casagit.it

Data _____

Firma _____