

RICHIESTA CONCORSO SPESE

(È necessario inviare un modulo per ogni assistito)

Nome e Cognome del SOCIO _____

Nome ASSISTITO se *diverso* dal socio _____

Iscritto al piano sanitario _____

Comunicazioni: _____

Note: Si ricorda che la richiesta di concorso spese può essere inoltrata attraverso ***l'AREA RISERVATA***. Per informazioni su come accedere scrivere a assistenza@mail.casagit.it

Data _____

Firma _____