CASAGIT SALUTE

COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE
PER RIMBORSO PRESTAZIONI

ATTENZIONE: Per la validità del modulo, allegare obbligatoriamente copia tessera sanitaria e documento di identità

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Nato a: _____ Prov.: (___) Stato: _____

Indirizzo di RESIDENZA:

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO:

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Email: _____

Recapito telefonico: _____ Cellulare: _____

Preso atto che CASAGIT SALUTE provvede al rimborso delle prestazioni sanitarie esclusivamente mediante bonifico bancario, **autorizza l'accredito dei rimborsi** spettanti sulle coordinate IBAN di seguito indicate:

Intestatario del conto _____

Presso la Banca _____ Città/Filiale _____

Per i bonifici internazionali è necessario indicare anche il codice SWIFT/BIC (8 o 11 caratteri alfanumerici)

CASAGIT SALUTE NON SARÀ RESPONSABILE PER I MANCATI PAGAMENTI O PAGAMENTI NON ANDATI A BUON FINE, OVE I DATI BANCARI FORNITI RISULTASSERO ERRATI O NON PIÙ VALIDI.

Data _____ Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatica e telematica esclusivamente per le operazioni relative ai servizi richiesti dal socio. A tal fine i dati possono essere trasmessi a soggetti terzi che svolgono attività strettamente connesse all'operatività di Casagit Salute.

Data _____ Firma _____