



CITTÀ DEL VATICANO

FONDO ASSISTENZA SANITARIA

MODULO RICHIESTA
RESTITUZIONE FATTURE
PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE IN FORMA INDIRECTA

IL SOTTOSCRITTO	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Altro titolo
COGNOME	NOME		
TEL.	EMAIL		
CHIEDE	<input type="checkbox"/> PER SÉ	<input type="checkbox"/> PER ALTRO AVENTE DIRITTO

La restituzione delle seguenti fatture:

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ID RICHIESTA RIMBORSO	DATA	IMPORTO

Le fatture saranno restituite entro dieci giorni dalla data della richiesta.

Vaticano,

DATA

.....
FIRMA DEL RICHIEDENTE/INCARICATO AL RITIRO