CITTÀ DEL VATICANO

FONDO ASSISTENZA SANITARIA

MODULO RICHIESTA
DI RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE IN FORMA INDIRETTA
E DI CONTRIBUTI INTEGRATIVI

AVVERTENZE: LA DOMANDA PRESENTATA DEVE ESSERE CORREDATA DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA DAI REGOLAMENTI VIGENTI.

IL SOTTOSCRITTO □ Dipendente □ Pensionato □ Altro titolo

COGNOME ..... **NOME** .....

IBAN ..... **C/C IOR** .....

□ GIÀ FORNITO AL F.A.S.

CHIEDE □ PER SÉ □ PER ALTRO AVENTE DIRITTO .....

ALLEGATO: □ Fattura/Ricevuta fiscale □ Prescrizione / Attestazione Sanitaria

□ Cartella Clinica □ Altro

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	N. FATTURA	DATA	IMPORTO

Vaticano, ...

DATA FIRMA