



CHECK-UP

Alla
Cassa di Mutua Assistenza già Banca
Toscana Società Cooperativa
Via Pancaldo 4
50127 Firenze

RICHIESTA PER RIMBORSO CHECK-UP

- SOCIO IN PENSIONE**
- SOCIO IN SERVIZIO**

Socio _____
cognome nome

Filiale/Ufficio D.G. _____

Indirizzo (se pensionato) _____

Con la presente il sottoscritto chiede il rimborso della spesa sostenuta per effettuare il check-up:

1. Socio pensionato - 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo di **€.300,00**, a tal scopo allega l'elenco degli esami effettuati e copia della fattura.
2. Socio in servizio: quota a riparto da erogare a fine anno, a tal scopo allega l'elenco degli esami effettuati e copia della fattura.

Il rimborso della spesa sostenuta dovrà essere accreditato sul c/c

Intestato a

IBAN

data __ / __ / __

Firma
