

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE
(ex.art. 34 del Regolamento C.E.E. 574/72)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

cod. individuale _____ residente in _____

Via _____ n. _____

CHIEDE

il rimborso della spesa di _____ (1) da lui sostenuta per prestazioni
sanitarie cui ha dovuto fare ricorso dal _____ al _____ per sé - per il
familiare _____ durante
(cognome, nome, relazione parentela)

durante un temporaneo soggiorno in _____
(indicare lo Stato e la Città)

Documenti allegati in originale:

	(1)	(2)
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____
d) _____	_____	_____
e) _____	_____	_____
f) _____	_____	_____
g) _____	_____	_____
h) _____	_____	_____
	TOTALE	_____

dichiara di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi: (3)

Dichiara inoltre di non essersi recato all'estero al solo fine di ricevere cure.

Data,

L' Assistito

(4) _____

AVVERTENZE PER L'ASSISTITO

L'eventuale rimborso potrà aver luogo sulla base della tariffazione delle spese sostenute effettuata dall'Istituzione estera del luogo di temporanea dimora e comunque non potrà eccedere le spese sostenute dall'assistito.

NOTE:

L'importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello Stato estero.

(1) Sigla della valuta:

CHF - Franco Svizzero

€ - Euro

.....

(2) Importo riferito al singolo documento prodotto

(3) Deve essere specificato dall'assistito il motivo per il quale ha fatto ricorso alle prestazioni sanitarie, il tipo di cura cui è stato sottoposto e se ha presentato il documento sanitario (TEAM, certificato sostitutivo provvisorio.....)

(4) Ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi dalla data di effettuazione della relativa spesa dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta di rimborso.

REGIONE VENETO
AZIENDA ULSS 1 DOLOMITI
Sede: Via Feltre 57 – **BELLUNO**

OGGETTO: Servizio di tesoreria – condizioni per l'esecuzione dei mandati di pagamento.

A decorrere dal 1 gennaio 2006 il tesoriere dell'ULSS n. 1 di Belluno, UNICREDIT SPA, applica le seguenti condizioni per l'esecuzione dei pagamenti disposti dall'Ente:

TIPO PAGAMENTO	COMMISSIONI PER RIMBORSO SPESE
Per Cassa	Nessuna Commissione – importo massimo 999,99 Euro
Bonifici c/c Gruppo UNICREDIT – qualsiasi importo	Nessuna Commissione
Bonifici su c/c altre Banche per importo fino a 516,00 Euro	Nessuna commissione
Bonifici su c/c altre Banche per importo da 516,01 a 5.165,00 Euro	Commissione Euro 5,17
Bonifici su c/c altre Banche per importi oltre 5.165,00 Euro	Commissione Euro 7,75
Assegno quietanza fino a 516,00 Euro	Nessuna Commissione - spese spedizione 0,60
Assegno quietanza da 516,01 a 999,99 Euro	Commissione Euro 2,13 + spese di spedizione 0,60
Giorni valuta sui bonifici	7 fissi

Per correttezza e trasparenza, si ritiene opportuno informare i nostri utenti e chiedere se intendono modificare le modalità di pagamento attualmente in essere, ribadendo che la situazione delineatasi non dipende assolutamente dalla nostra volontà.

Ringraziando fin d'ora per la collaborazione si coglie l'occasione per porgere i più distinti saluti.

ALL'AZIENDA ULSS 1 – DOLOMITI

Il/la sottoscritta _____ chiede che i
pagamenti avvengano mediante accredito su proprio conto corrente presso la
Banca _____ Filiale di _____

CIN ABI CAB

N.CONTO (obbligatorio in 12 caratteri)

Data _____

Firma _____

