DOMANDA PER CONTRIBUTO SPESE SANITARIE

Via 1° Maggio, 142/C - 60131 Ancona - Tel. 0712900981 - Fax 0712916286 - PEC ebam.marche@sicurezzapostale.it

Spett.le EBAM-FSR
via 1° Maggio 142/c - 60131 Ancona

per il tramite di _____

Tel _____

Il sottoscritto _____ nato in _____

il _____ residente in _____ via _____ CAP _____

cod. Fisc. _____ tel. _____ ☐ titolare, ☐ socio, ☐ dipendente

della Ditta _____ matricola INPS _____

con sede in _____ via _____ tel. _____

CHIEDE

il contributo per spesa sanitaria per sé e per le persone fiscalmente a carico.

L'importo complessivo della spesa sostenuta è pari a € _____ come si evince dalla certificazione fiscale allegata:

☐ Fotocopia Mod. 730
☐ Fotocopia Mod. Unico
☐ Busta paga del mese precedente alla domanda (per dipendenti)

Il contributo relativo potrà essere versato presso la Banca _____

Codice IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Restando a disposizione per ulteriori ed eventuali chiarimenti, si porgono distinti saluti

L'incompletezza e/o l'inesattezza di tutte le coordinate impedirebbe l'effettuazione del bonifico. Si richiede perciò la compilazione completa.

firma del richiedente

_____ , lì _____ _____

L'Ebam, qualora fosse necessario, **si riserva** la facoltà di chiedere ulteriori documenti **a completamento della pratica**.