

COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE PER RIMBORSO PRESTAZIONI

Il presente modulo, debitamente firmato, può essere inoltrato anche per fax o dalla sezione Contatti del sito internet www.casagit.it

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 domiciliato a _____ cap _____ in via _____
 codice fiscale _____ codice Casagit _____
 telefono _____ e-mail _____ @ _____
 indirizzo di posta certificata _____ @ _____
 iscritto al Profilo Uno Profilo Due Profilo Tre Profilo Quattro

Preso atto che la Casagit provvede al rimborso delle prestazioni sanitarie esclusivamente mediante bonifico bancario autorizza l'accredito dei rimborsi spettanti sulle coordinate IBAN appresso indicate che saranno utilizzate anche per i rimborsi di pratiche ai familiari.

Paese europeo (due lettere)	Check (due numeri)	CIN (una lettera)	ABI (cinque numeri)	CAB (cinque numeri)	Numero conto corrente (12 caratteri alfanumerici senza interposizioni)
_	_		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Intestatario del conto _____
 presso la banca _____ Città/Filiale _____

Per i bonifici internazionali è necessario indicare, anche, il codice SWIFT/BIC (8 o 11 caratteri alfanumerici)

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CASAGIT NON SARÀ RESPONSABILE, PER MANCATI PAGAMENTI O PAGAMENTI NON ANDATI
A BUON FINE, OVE I DATI BANCARI FORNITI RISULTASSERO ERRATI O NON PIÙ VALIDI.**

_____ li _____ Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 i dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatica e telematica esclusivamente per le operazioni relative ai servizi richiesti dal socio. A tal fine i dati possono essere trasmessi a soggetti terzi che svolgono attività strettamente connesse all'operatività della Casagit.

_____ li _____ Firma _____