



MODALITA' DI RICHIESTA PRESTAZIONE

- ✓ Lavoratore = rimborso della spesa sostenuta con limite annuale di € 150,00 per tutte le prestazioni;
- ✓ ogni richiesta di rimborso deve corrispondere ad una singola fattura/ricevuta;
- ✓ le richieste che prevedono un rimborso inferiore di € 25,00 non verranno ammesse;
- ✓ le richieste devono pervenire all'Ente entro 60 giorni dalla data della fattura/ricevuta;
- ✓ Le richieste devono essere presentate con il modulo presente nella pagina seguente tramite e-mail o

Posta Elettronica Certificata, compilata in ogni sua parte e allegando tutta la documentazione richiesta da ciascun servizio, ad uno dei seguenti recapiti:

- via e-mail agli indirizzi: info@ebiuni.it
 - via PEC all'indirizzo: ebiuni@pec.it
- ✓ In caso di richiesta documentazione aggiuntiva od integrativa da parte dell'EBIUNI, il richiedente ha tempo 30 giorni per integrare quanto richiesto prima che venga respinta la prestazione.

Prot.

Del

Importo €

Richiesta CONTRIBUTO per LENTI PER OCCHIALI**(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE**

Cognome..... Nome.....
Nato/a a..... (.....) il..... C.F.
Indirizzo..... CAP..... Comune(.....)
CCNL..... Qualifica..... Livello.....
Cellulare E-mail.....

(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Ragione Sociale.....
Partita IVA..... Codice Fiscale.....
Indirizzo..... CAP..... Comune(.....)
Telefono..... FAX..... E-mail.....
Referente Aziendale Settore/Attività.....

Documenti allegati:

- ☐ Documento di riconoscimento del richiedente ☐ Ricevuta/Fattura del pagamento prestazione
☐ Dichiarazione dell'Impresa che certifichi che il lavoratore sia dipendente (Lavoratore) ☐ Visura Camerale (Datore di Lavoro)

Il sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza delle modalità di erogazione del contributo, dichiara di aver sostenuto il giorno _____ una spesa per acquisto lenti di cui allega regolare ricevuta/fattura e richiede un rimborso della spesa sostenuta secondo i parametri massimi di finanziamento dell'Ente Bilaterale EBIN.PMI.

Data.....

Firma.....

Desidero ricevere il versamento tramite bonifico bancario al c/c:

Banca

Agenzia

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui al Reg. Eu. 2016/679 esprime il consenso al trattamento dei dati all'EBIN.PMI per le finalità istituzionali, connesse o strumentali dell'Ente nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di **EBIN.PMI**

☐ SI ☐ NO

Firma.....