



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 SPESE VETERINARIE

(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 medica
- ☐ 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 _____ spese per il proprio animale domestico, regolarmente detenuto, di cui allega regolare ricevuta/fattura e richiede un rimborso della spesa sostenuta secondo i parametri massimi di finanziamento indicati dall'Ente Bilaterale EBIUNI

Data.....

Firma.....

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

Banca

Agenzia**CODICE IBAN (composto da 27 caratteri alfanumerici)**[illegible]

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui al Reg. Eu. 2016/679 esprime il consenso al trattamento dei dati all'EBIUNI 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 EBIUNI*

☐ SI ☐ NO

Firma.....