

ALL'ASSOCIAZIONE ALTOATESINA NEFROPATICI
 AN DEN SÜDTIROLER NIERENKRANKENVEREIN
 39100 BOLZANO - BOZEN
 VIALE DUCA D'AOSTA/ALLEE, 82

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2.....
 GESUCH UM DIE SPESEN RÜCKVERGÜTUNG IM JAHR 2.....

Il/La sottoscritt.....
 Der/Die Unterfertigte.....
 data di nascita.....
 residente nel Comune di..... (BZ)
 Geburtsdatum.....
 wohnhaft in..... (BZ)
 Via..... n..... CAP 39.....
 Adresse..... Nr... PLZ 39.....
 Tel..... Cell./Handy.....
 E-Mail.....
 Cod. Fisc./Steuernummer:.....
 IBAN (coordinate bancarie, solo se variate)

 IBAN (Bankverbindung, nur wenn geändert)

in regola con l'iscrizione nell'anno 2..... /Mitgliedsbeitrag 2.....regelmäßig bezahlt
 chiede, ai sensi della L.P. del 05/03/2001, n. 7 art. 81 "Interventi nel settore socio-sanitario", il rimborso delle
 spese sostenute nel corso dell'anno 2.....
 ersucht laut Landesgesetz Nr. 7 Art. 81 vom 5.3.2001 um die Spesenrückvergütung für das Jahr 20.....

TIPI DI SPESE: (barrare le caselle che interessano, compilare ed allegare i relativi modelli):
 SPESENART: (die betreffenden Kästchen ankreuzen, die Formulare ausfüllen und beilegen)

VIAGGI BUS	MEDICINE	OCCHIA LI	CASI PARTICO LARI	VISITE SPECIAL.	APPARECCHI E TRATTAM. TERAPEUTICI	MISUR. PRESSIONE	PROD. DIETA	TOT moduli
FAHRT- SPESEN	MEDIKA- MENTE	SEH- BRILLE	SONDER- FÄLLE	FACHARZT- VISITEN	THERAPEUTISCHE GERÄTE und BEHANDLUNGEN	BLUT- DRUCK- APPARAT	DIÄTPRO- DUKTE	FORMU- LARE gesamt

Data/ Datum

Firma/ Unterschrift

Spende deine 5 Promille/dona il tuo cinque per mille: Steuernr./cod. fisc.:80021120219