



# Società di Mutuo Soccorso A. GEMELLI



Sito : [www.smsgemelli.it](http://www.smsgemelli.it) - Mail : [info@ampucfg.it](mailto:info@ampucfg.it) - PEC : [ampucfg@pec.it](mailto:ampucfg@pec.it)

Cod.Fisc. : 06217940581 - CCIAA : RM1674563 - Albo RUNTS - 6099/C139161 del 27/10/2022

Telefoni (diretti) : 0630154510 - 0690236774 Fax : 0687654031 - Cell. 3929998811 (Amministrazione)

## **RICHIESTA DI RIMBORSO COSTI PERSONALI DIVERSI FATTURE E RICEVUTE SPESE**

Codice Tesserino Società Mutuo Soccorso \_\_\_\_\_ Saldo : \_\_\_\_\_

Io sottoscritto: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici : \_\_\_\_\_

Prestiti o convenzioni in ammortamento negli ultimi Cinque Anni  Si  No

Come da Art. 37 del vigente Regolamento In sede di erogazione dei Rimborsi 2022 viene applicata una riduzione perequativa sulle singole posizioni che non hanno avuto Anticipazioni o Convenzioni nel pregresso arco temporale di cinque anni, nella misura del 50%, fermo restando il plafond stanziato annualmente

**Chiedo il rimborso relativo agli oneri personali defiscalizzati relativi all'esercizio finanziario**

ANNO - \_\_\_\_\_

Allegare ricevute o fatture per spese mediche sostenute nell'anno corrispondente alla richiesta di Rimborso e una **busta paga recente. La documentazione da allegare dovrà essere presentata in originale. Allo sportello della Società verranno fatte le copie autenticate e restituiti gli originali di ricevute, fatture o qualsiasi altro documento necessario**

### Costi detratti per **FATTURE E RICEVUTE SPESE MEDICHE**

Mese \_\_\_\_\_ Importo \_\_\_\_\_

Mese \_\_\_\_\_ Importo \_\_\_\_\_

Mese \_\_\_\_\_ Importo \_\_\_\_\_

Mese \_\_\_\_\_ Importo \_\_\_\_\_

Mese \_\_\_\_\_ Importo \_\_\_\_\_

IBAN - \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Saldo aggiornato : \_\_\_\_\_ (a cura della società)

Per riscontro di firma e autenticità della documentazione allegata

Raccolto da (Firma) \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_