ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI VERONA

MODULO RICHIESTA RIMBORSO SOMME A CREDITO

SPETT.LE
ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI

VIA S. BAGANZANI, 11
37124 - VERONA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN VIA _____N._____ CAP _____

IMPEGNATO/A AL PAGAMENTO PER L'OSPITE _____

DEGENTE PRESSO _____

CON LA PRESENTE AUTORIZZA IL RIMBORSO DEGLI EVENTUALI IMPORTI A CREDITO:

- ❑ SU C/C **CODICE IBAN**

1

- ❑ C/O LA BANCA _____
- ❑ AGENZIA DI _____
- ❑ INTESTATO A _____
- ❑ C.F. INTESTARIO

FIRMA DELL'IMPEGNATO AL PAGAMENTO _____

VERONA, /_____/_____/_____/