Número de Socio

MUTUAL EMPLEADOS
DEL BANCO SANTANDER RÍO

MEBSAN

50 ANIVERSARIO 1973 - 2023

SOLICITUD DE REINTEGRO

Importante: No se dará curso a aquella solicitud que no se encuentre debidamente cumplimentada y firmada en todas sus partes.

• DATOS DEL SOCIO

Lugar y fecha: _____

Apellido y nombres: _____

DNI/L.C./L.E./otros: _____ CUIL | CUIT [1] | | | | | | | | | | |

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Interno: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Empresa: _____ Legajo: _____

Sucursal N°: _____ Nombre: _____ Ctro. de costos: _____

(1) Tachar lo que no corresponda.

• DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

DNI/L.C./L.E./otros: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____

Profesional/Establecimiento interviniente: _____

Motivo del gasto: _____ Importe total del gasto: _____

DETALLE DE COMPROBANTES ADJUNTOS [1] [2]

N° DE FACTURA/TICKET	IMPORTE

[1] **Swiss Medical:** Fotocopia de la receta y original de comprobante de pago. En caso de haber solicitado reintegro a S. M., fotocopia del comprobante de pago, consignando en la misma, nombre y apellido, número de legajo y firma del asociado.

[2] **Demás Obras Sociales/Prepagas:** Fotocopia de receta y original del comprobante de pago.

_____

Firma y Aclaración del Socio

USO INTERNO DE MEBSAN

Corresponde reintegrar la suma de: _____

Reintegro mediante: ☐ **Recibo de sueldo** ☐ **Transferencia bancaria** ☐ **Cheque** N° del mismo: _____

(Marcar con X donde corresponda)

Fecha: _____

_____

Firma del interventor

_____

Firma del autorizante