



CASSA SOLIDARIETÀ AZIENDALE
LAVORATORI LUXOTTICA
Via Leonardo del Vecchio 1, 32021 Agordo BL
csaluxottica.it
csa@csaluxottica.it

Mod. **AS**
Rev. **03**
del 01/01/2019

MODULO ARTICOLI SANITARI

Il sottoscritto dichiara che l'importo dell'allegato scontrino fiscale, o fattura, è relativo all'acquisto di:

ARTICOLO	QUANTITA'	PREZZO
Calze curative e fasce elastiche		
Scarpe ortopediche		
Plantari		
Bustini, fasce lombari, corsetti ortopedici		
Collari post operatori		
Tutori ed immobilizzatori per articolazioni		
Reggiseno per protesi mammarie		
Kit anti acaro		

Il presente modulo va accompagnato dalla prescrizione medica.

ATTENZIONE!!! Non modificare e/o aggiungere voci al presente elenco, pena l'annullamento del relativo contributo. USARE UN MODULO PER OGNI FATTURA/SCONTRINO.

La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la propria personale responsabilità. Eventuali falsità saranno perseguite ai sensi dell'Art. 485 e Art. 640 del C.P. (falsità in scrittura privata e truffa).

Il presente prospetto va compilato dal negoziante o chi per esso, ai sensi dell'Art. 31 legge 11.03.72 n° 18 e deve contenere in dettaglio le indicazioni del relativo scontrino fiscale/fattura.

Fattura/scontrino numero _____ del ____/____/____

Data ____/____/____

Timbro e Firma
del negoziante _____