

**Antrag um Vergütung der fachärztlichen ambulanten Leistungen -**

**Rechnungen von Gesundheitsdienstleistern aus nicht EU Ländern, werden nicht vergütet.**

**(innerhalb von 6 Monaten ab Ausstellungsdatum der entsprechenden Rechnung/Honorarnote einzureichen)**

Der/Die unterfertigte

geboren am

wohnhaft in

Straße und Nummer

Telefonnummer

Zertifizierte E-Mail Adresse PEC

ersucht, im Sinne des Art. 34 des Landesgesetzes Nr. 7/2001, um Vergütung der Spesen für (zutreffendes ankreuzen)

**die ambulanten Facharztleistungen laut beigefügter Rechnung Nr.**

vom

für sich  
 für

mittels Banküberweisung des zustehenden Betrages auf das Bank-Kontokorrent des/der Begünstigten, **lautend auf Herrn/Frau**

**Domanda di rimborso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali -**

**fatture di prestatori servizi sanitari ubicati al di fuori dell'Unione Europea non sono rimborsabili**

**(da inoltrarsi entro 6 mesi dalla data di emissione della relativa fattura/nota onoraria)**

Il sottoscritto/La sottoscritta

nato/a il

residente a

via e numero

Numero telefonico

Indirizzo di posta elettronica certificata PEC

chiede il rimborso delle spese ai sensi dell'art. 34 della Legge provinciale n. 7/2001 delle (barrare la casella corrispondente)

**prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui all'allegata fattura n.**

emessa il

per se  
 per

tramite bonifico bancario dell'importo spettante sul c/c bancario **intestato al beneficiario/alla beneficiaria Sig./ra**

IBAN

Name der Bank-Filiale:

nome della Banca/Agenzia:

Datum | Data

Unterschrift des/der Ansuchenden | Firma del/la richiedente

Anlagen:

- Original der Rechnung/Quittung;
- Original der ärztlichen Verschreibung auf rotem Rezeptblock;
- nicht notwendig für folgende Fachbereiche:  
Gynäkologie, Psychiatrie, Kinderneuropsychiatrie

Allegati:

- originale della fattura/quietanza;
- originale della prescrizione medica su ricettario rosso;
- non necessario per le seguenti branche specialistiche:  
ginecologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile

Wird der Antrag bereits unterzeichnet vorgelegt oder per Post eingereicht, so ist diesem eine Ablichtung des Personalausweises des/der Unterzeichners/in beizulegen. Dies gilt auch bei Unterlagen die mittels Fax übermittelt werden.

Nel caso in cui la domanda venisse presentata o spedita tramite posta già firmata, è da allegare una fotocopia della carta d'identità del/la firmatario/a. Ciò vale anche per la documentazione spedita tramite Fax.

**Verarbeitung der personenbezogenen Daten – Informationsschreiben ex Art. 13 GvD Nr. 196/2003**  
Die erhobenen personenbezogenen Daten werden auch mit elektronischen Instrumenten verarbeitet. Die Verarbeitung findet ausschließlich im Rahmen des Verfahrens statt, für das die vorliegende Erklärung erbracht wurde. Das vollständige Informationsschreiben ist auf der Website [www.sabes.it/Datenschutz](http://www.sabes.it/Datenschutz) verfügbar und liegt beim Gesundheitssprengel zur Einsicht auf.

**Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03**  
I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.  
L'informativa estesa è disponibile sul sito [www.sabes.it/Privacy](http://www.sabes.it/Privacy) e presso il distretto sanitario.