

RICHIESTA DI RIMBORSO

(da inviare al General Manager e alla Segreteria Associativa per l’approvazione)

Dott.ssa/Dott. _____

In qualità di:

Consigliere

Segretario Regionale

Socio ANMA

Non socio ANMA

▪ Luogo dell’evento: _____

▪ Data dell’evento: _____

▪ Tipo di evento: _____

Docenza

Missione istituzionale

Rappresentanza

▪ Costi sostenuti:

AUTO	AUTOSTRADA	PARCHEGGIO
Totale:	Totale:	Totale:

TAXI	MEZZI PUBBLICI
Totale:	Totale:

ALBERGO	RISTORANTE
Totale:	Totale:

TRENO	AEREO
Totale:	Totale:



ANMA – Associazione Nazionale Medici d’Azienda e Competenti

CF 97060130156 - PI 11166800158

Provider ECM Nazionale Standard n. 670

Iscritta all’Elenco delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

TOTALE A RIMBORSARE:

Allegare al presente documento le pezze giustificative

Luogo e data

Firma

Approvato dal General Manager

SI

NO

Firma
