**Da inviare (firmato in originale, per posta) a**: Segreteria Organizzativa - Società Italiana di Farmacologia

Sede operativa: Via G. Pascoli 3- 20129 Milano

## MODULO RIMBORSO SPESE (da restituire firmato in originale)

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Richiesta rimborso spese per la partecipazione a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vi addebito per costi sostenuti quanto segue:

|  |  |
| --- | --- |
| **Aereo**  - per spese superiori a € 500,00 per viaggi in Italia, è necessario chiedere l’autorizzazione  - per viaggi all’estero, di norma il rimborso è effettuato in *economy class*, per la *business class* chiedere l’autorizzazione  **Il rimborso è effettuato solamente per la missione** | € |
| **Treno**  Per ogni viaggio verrà rimborsato ESCLUSIVAMENTE un biglietto di andata ed uno di ritorno.  **Il rimborso è effettuato solamente per la missione** | € |
| **Auto** (costo al Km € 0,33)  N.B.: rimborso effettuato fino ad un massimale di € 150,00, inclusivo di pedaggi autostradali | € |
| **Pasti**  Per spese superiori ai € 30,00 per pasto, escluso Milano e Roma (50,00), chiedere l’autorizzazione | € |
| **Albergo**  Rimborso giornaliero, per pernottamento e piccola colazione, fino ad un max di € 150,00 in Italia, escluso Milano e Roma, max € 200,00. Per rimborsi superiori chiedere l’autorizzazione | € |
| **Taxi** (indicare percorso) | € |
| **Altro** | € |
| **TOTALE spese sostenute** | **€** |

**Si prega, ove possibile, di fare intestare le fatture dei biglietti di treni, aerei, hotel e ristoranti a: Società Italiana di Farmacologia - Viale Abruzzi 32 - 20131 Milano - C.F.: 97053420150 – P.I.: 11453180157**

**DATI BANCARI (necessari per procedere con il rimborso)**

Dichiaro di aver sostenuto i costi della presente richiesta e ne richiedo il pagamento a mezzo bonifico bancario.

**IBAN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BANK: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per motivi fiscali potranno essere rimborsate solo le spese documentate con ricevute in originale.

Si prega inoltre di inviare la richiesta di rimborso entro e non oltre 10 giorni dal termine dell’evento.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dlgs 196/2003 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda. Autorizzo l’inserimento dei miei dati in liste per ricevere eventuali materiali informativi legati alla presente e ad altre manifestazioni.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_