



Fondo Sanitario A.N.M.V.I.

NUOVA ADESIONE (entro il 31/01/2010)

Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01-01-10/31-12-10

valido per i Medici Veterinari che aderiscono per la prima volta al Fondo

Compilare **attentamente** e spedire **in busta chiusa** a:

Fondo Sanitario A.N.M.V.I. – Via Trecchi, 20 – 26100 Cremona

IL SOTTOSCRITTO (cognome e nome).....
ABITANTE ACAP.....PROV.
IN VIACODICE FISCALE.....
TEL.....FAX.....CELL.....E-MAIL.....@.....
ISCRITTO ALLA SEGUENTE ASSOCIAZIONE FEDERATA ANMVI

RICHIESTE PER IL 2010 (01/01/10-31/12/10) LA SEGUENTE OPZIONE:

MINIMA € 150 **INTERMEDIA € 430** **MEDIA € 1.300** **MASSIMA € 2.100**

DICHIARA IL SEGUENTE NUCLEO FAMILIARE (allegare copia Stato di famiglia):

Cognome e nome del familiare*	data di nascita	stato*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

* CV= convivente, CG= coniuge, FG= figlio/a, GC= genitore convivente, SO/FR=sorella/fratello

SI IMPEGNA A VERSARE LA QUOTA CORRISPONDENTE TRAMITE:

Pagamento in un'unica soluzione entro il 31/01/2010:

versamento in c/c postale n. 30969224, intestato a Fondo Integrativo SSN Medici Veterinari, Via Trecchi 20 – 26100 Cremona. Per effettuare un bonifico sul c/c postale, intestato al Fondo Integrativo SSN Medici Veterinari, utilizzare il seguente codice IBAN: IT 17 T 07601 11400 000030969224.

E' necessario allegare al presente modulo l'attestazione di versamento alla Posta

versamento tramite bonifico bancario appoggiato alla Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza, Ag. n° 3 di Cremona, IBAN IT 83 T 06230 11402 000030195534 intestato a Fondo Integrativo SSN Medici Veterinari, Via Trecchi, 20 26100 Cremona. **E' necessario allegare al presente la copia del bonifico bancario**

carta di credito (CartaSì, VISA, ANMVI-VISA, MasterCard; non si accettano carte elettroniche o prepagate)

E' necessario indicare tutti i dati della carta di credito nella sezione sottostante

Pagamento rateizzato con CCR ANMVI-VISA (Finanziamento a TASSO ZERO) mediante:

6 rate mensili, senza interessi a mio carico. 12 rate mensili, senza interessi a mio carico.

E' necessario indicare tutti i dati della carta di credito nella sezione sottostante

RICHIEDI LA CARTA DI CREDITO ANMVI-VISA ON LINE: <http://cms.evsnr.it/consel/ANMVIcartafondo.aspx>

Pagamento rateizzato con "Credito al Consumo" (Finanziamento a TASSO ZERO anche senza CCR ANMVI-VISA). Per utilizzare questa modalità di pagamento è necessario richiedere on line il finanziamento alla pagina <http://cms.evsnr.it/consel/ANMVIcreditoconsumofondo.aspx>

Dati della Carta di Credito: Tipo Carta ANMVI-VISA CartaSì VISA MasterCard

N. Carta (Riportare i 16 numeri su fronte) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CVV2 (numero di 3 cifre riportato sul retro della carta) |_|_|_|_|_|_| Scadenza (Mese / Anno) |_|_|_|_|/|_|_|_|_|

Titolare carta (Nome/Cognome)/.....Data di nascita (Giorno/Mese/Anno) .../..../.....

Per autorizzazione all'addebito: Firma.....

AI FINI DELLE LIQUIDAZIONI DEI RIMBORSI IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

deve fornire il seguente codice **IBAN:**

Il sottoscritto firma per adesione informato di NORME GENERALI, AVVERTENZE e CONDIZIONI del Fondo e visti lo Statuto e il Regol. statutario (www.anmvi.it)

DATA..... **FIRMA**.....

Verranno respinti moduli diversi dal presente, compilati parzialmente, in modo inesatto o illeggibili. Eventuali trasmissioni via fax dovranno essere sempre seguite da spedizione postale in busta chiusa.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 (G.U. 29 Luglio 2003, Serie generale n. 174, Supplemento ordinario n. 123/L), il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati sopra indicati, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può avere luogo senza la comunicazione dei dati personali al Fondo Sanitario ANMVI e/o ai soggetti a cui lo stesso deve rivolgersi

DATA..... **FIRMA**.....