



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

## SCHEMA DI NUOVA ADESIONE (entro il 31/01/2012)

**Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01/01/12 - 31/12/12  
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 A ..... CAP ..... PROV. .... IN VIA .....  
CODICE FISCALE ..... LUOGO E DATA DI NASCITA .....  
TEL. .... FAX .....  
CELL. .... E-MAIL ..... @ .....  
ISCRITTO ALLA SEGUENTE ASSOCIAZIONE FEDERATA ANMVI 2012 .....

### RICHIEDE PER IL 2012 (01/01/12 - 31/12/12) LA SEGUENTE OPZIONE:

MINIMA € 210       INTERMEDIA € 595       MEDIA € 1.890       MASSIMA € 3.090

### 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 31/01/2012:

- versamento in c/c postale n. 30969224, intestato a Fondo Sanitario ANMVI, Via Trecchi 20 - 26100 Cremona.  
Per effettuare un bonifico sul c/c postale, intestato al Fondo Sanitario ANMVI, utilizzare il seguente codice IBAN:  
IT 17 T 07601 11400 000030969224. **È 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 Sanitario ANMVI, Via Trecchi 20 - 26100 Cremona.  
**È necessario allegare al presente la copia del bonifico bancario**
- carta di credito (CartaSi, VISA, ANMVI-VISA, MasterCard; non si accettano carte elettroniche o prepagate).  
**È necessario indicare tutti i dati della carta di credito nella sezione sottostante**

#### Pagamento rateizzato con CCR ANMVI-VISA (Finanziamento ad Interessi ZERO) mediante:

- 6 rate mensili, senza interessi a mio carico       12 rate mensili, senza interessi a mio carico
- È necessario indicare tutti i dati della carta di credito nella sezione sottostante**

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

#### Pagamento rateizzato con "Credito al Consumo" (Finanziamento ad Interessi ZERO anche senza CCR ANMVI-VISA)

Per utilizzare questa modalità di pagamento è necessario richiedere on line il finanziamento alla pagina  
<http://cms.evsnrl.it/consel/ANMVIcreditoconsumofondo.aspx>

### DATI DELLA CARTA DI CREDITO: Tipo Carta    ANMVI-VISA    CartaSi    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](http://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.

FIRMA .....