



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

SCHEDA DI NUOVA ADESIONE (entro il 20/01/2015)

Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01/01/15 - 31/12/15

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 2015:

RICHIEDE PER IL 2015 (01/01/15 - 31/12/15) LA SEGUENTE OPZIONE:

☐ **MINIMA € 210,00** ☐ **INTERMEDIA € 595,00** ☐ **MEDIA € 1.890,00** ☐ **MASSIMA € 3.160,00**

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

Cognome e nome del familiare	data di nascita	codice fiscale	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 20/01/2015:**

- ☐ 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 (CartaSì, 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
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 ☐ 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:** e **Swift:**

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