



FONDO SANITARIO ANMVI

SCHEMA DI NUOVA ADESIONE (entro il 15/02/2023)

Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01-01-2023/31-12-2023
valido per i Medici Veterinari che aderiscono per la prima volta al Fondo

Compilare **attentamente** e spedire l'originale **in busta chiusa** a: Fondo Sanitario ANMVI - 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 2023:

RICHIEDE PER IL 2023 (01/01/23-31/12/2023) LA SEGUENTE OPZIONE:

MINIMA € 350,00 **INTERMEDIA € 980,00** **MEDIA € 3.300,00** **MASSIMA € 5.850,00**

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 15/02/2023:

- versamento tramite bonifico bancario appoggiato a Crédit Agricole, Agenzia n° 2 di Cremona, IBAN IT 27 J 06230 11419 000043990506 intestato a Fondo Sanitario ANMVI, via Trecchi, 20 26100 Cremona
È necessario allegare al presente la copia del bonifico bancario
- carta di credito (Nexi, VISA, MasterCard; non si accettano carte elettroniche o prepagate).
È necessario indicare tutti i dati della carta di credito nella sezione sottostante

DATI DELLA CARTA DI CREDITO: Tipo Carta Nexi 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

Pagamento rateizzato con il "Credito al Consumo" (Finanziamento ad Interessi ZERO)

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

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 mail dovranno essere sempre seguite da spedizione postale in busta chiusa.**

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR La informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della predetta normativa e solo per trasmettere all'associazione ASSIDIM la Sua adesione ai servizi descritti nel presente modulo. La raccolta dei Suoi dati personali e la loro comunicazione a ASSIDIM è necessaria per gestire la sua richiesta. Per maggiori informazioni sul trattamento dei Suoi dati potrà consultare l'informativa privacy presente sul sito web www.fondosanitarioanmvi.it

Letta l'informativa privacy sopra richiamata esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per l'invio degli stessi all'associazione ASSIDIM.

DATA FIRMA