FONDO SANITARIO ANMVI

OPZIONE FINESTRA 2023

SCHEDA DI NUOVA ADESIONE

- **entro il 10/07/2023 (coperture con decorrenza dall' 01/07/2023 al 31/12/2023)**
- **entro il 03/08/2023 (coperture con decorrenza dall' 01/08/2023 al 31/12/2023)**
- **entro il 10/09/2023 (coperture con decorrenza dall' 01/09/2023 al 31/12/2023)**

Modulo di sottoscrizione delle coperture con opzione finestra
valido per i Medici Veterinari che aderiscono per la prima volta al Fondo

Compilare **attentamente** e anticipare tramite mail a: fondosanitario@anmvi.it 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 LA SEGUENTE OPZIONE FINESTRA 2023:

❑ **MINIMA € 210,00** ❑ **INTERMEDIA € 590,00** ❑ **MEDIA € 1.980,00** ❑ **MASSIMA € 3.510,00**

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 E LA RELATIVA MODULISTICA ENTRO IL:

❑ 10/07/2023 (coperture con decorrenza dall' 01/07/2023 al 31/12/2023)
❑ 03/08/2023 (coperture con decorrenza dall' 01/08/2023 al 31/12/2023)
❑ 10/09/2023 (coperture con decorrenza dall' 01/09/2023 al 31/12/2023)

❑ **Pagamento in un'unica soluzione mediante:**

❍ bonifico bancario appoggiato alla Credit Agricole, Ag. n° 2 di Cremona, IBAN:
IT27J0623011419000043990506 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

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 visto lo Statuto (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 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 .....