FONDO SANITARIO ANMVI

OPZIONE FINESTRA 2021

SCHEDA DI NUOVA ADESIONE

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

da inviare (con la documentazione completa):

- **entro il 20/07/2021 (coperture con decorrenza dall' 01/07/2021 al 31/12/2021)**
- **entro il 24/08/2021 (coperture con decorrenza dall' 01/08/2021 al 31/12/2021)**
- **entro il 21/09/2021 (coperture con decorrenza dall' 01/09/2021 al 31/12/2021)**

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 2021: .....

RICHIEDE LA SEGUENTE OPZIONE FINESTRA 2021:

❑ **MINIMA € 150,00** ❑ **INTERMEDIA € 420,00** ❑ **MEDIA € 1.440,00** ❑ **MASSIMA € 2.460,00**

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 ENTRO IL:

❑ 20/07/2021 (coperture con decorrenza dall' 01/07/2021 al 31/12/2021)
❑ 24/08/2021 (coperture con decorrenza dall' 01/08/2021 al 31/12/2021)
❑ 21/09/2021 (coperture con decorrenza dall' 01/09/2021 al 31/12/2021)

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

❍ 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 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

❑ **Pagamento rateizzato (previsto per le opzioni: Intermedia, Media o Massima) con CCR ANMVI-VISA (Finanziamento ad Interessi ZERO, rivolto a coloro che sono già titolari di carta di credito Anmvi) mediante:**

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

❑ **Pagamento rateizzato (previsto per le opzioni: Intermedia, Media o Massima) con "Credito al Consumo" (Finanziamento ad Interessi ZERO senza CCR ANMVI-VISA)**
Per utilizzare questa modalità di pagamento è necessario richiedere on line il finanziamento alla pagina
http://cms.evsrl.it/spc/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 visto lo Statuto (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 .....