



# FONDO SANITARIO ANMVI

## OPZIONE FINESTRA

### SCHEMA DI NUOVA ADESIONE (entro il 20/07/2018)

Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01/07/18 - 31/12/18  
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 2018: .....

#### RICHIEDE PER IL 2018 (01/07/18 - 31/12/18) LA SEGUENTE OPZIONE:

- MINIMA € 138,00     INTERMEDIA € 390,00     MEDIA € 1.338,00     MASSIMA € 2.220,00

#### 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 20/07/2018:

- 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 Crèdit Agricole, 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  
**È necessario indicare tutti i dati della carta di credito nella sezione sottostante**

**RICHIEDI LA CARTA DI CREDITO ANMVI-VISA ON LINE: <http://cms.ev srl.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.ev srl.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: ..... 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 Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali - "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](http://www.fondosanitarioanmvi.it)  
Io sottoscritto ..... dopo aver letto l'informativa privacy sopra richiamata esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per l'invio degli stessi all'associazione ASSIDIM.

Firma .....