



## OPZIONE FINESTRA 2022

### SCHEDA DI NUOVA ADESIONE

- entro il 15/07/2022 (coperture con decorrenza dall' 01/07/2022 al 31/12/2022)
- entro il 04/08/2022 (coperture con decorrenza dall' 01/08/2022 al 31/12/2022)
- entro il 15/09/2022 (coperture con decorrenza dall' 01/09/2022 al 31/12/2022)

#### 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](mailto: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 2022: .....

#### RICHIEDE LA SEGUENTE OPZIONE FINESTRA 2022:

- MINIMA € 180,00     INTERMEDIA € 510,00     MEDIA € 1.740,00     MASSIMA € 3.060,00

#### 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:

- 15/07/2022 (coperture con decorrenza dall' 01/07/2022 al 31/12/2022)
- 04/08/2022 (coperture con decorrenza dall' 01/08/2022 al 31/12/2022)
- 15/09/2022 (coperture con decorrenza dall' 01/09/2022 al 31/12/2022)

#### Pagamento in un'unica soluzione mediante:

- 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 (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**

#### 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 visto lo Statuto ([www.fondosanitarioanmvi.it](http://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](http://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 .....