FONDO SANITARIO ANMVI

SCHEDA DI NUOVA ADESIONE (entro il 18/02/2022)

Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01/01/2022 - 31/12/2022
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 2022: .....

RICHIEDE PER IL 2022 (01/01/22-31/12/2022) LA SEGUENTE OPZIONE:

❑ **MINIMA € 300,00** ❑ **INTERMEDIA € 850,00** ❑ **MEDIA € 2.900,00** ❑ **MASSIMA € 5.100,00**

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 18/02/2022:**

❍ 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 (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 con CCR ANMVI-VISA (Finanziamento ad Interessi ZERO, riservato a chi è già titolare 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 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
https://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 .....