



OPZIONE FINESTRA

SCHEDA DI NUOVA ADESIONE (entro il 22/07/2019)

Modulo di sottoscrizione delle coperture per il periodo 01/07/19 - 31/12/19
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 2019:

RICHIEDE PER IL 2019 (01/07/19 - 31/12/19) 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 22/07/2019:

- 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° 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, 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 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.evsnrl.it/spc/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 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