ASSISTENZA SANITARIA del FONDO INTEGRATIVO SSN ODONTOIATRI

da **inviare compilato per posta o via fax con la copia della contabile bancaria** a:

ODONTOMAR - Via Aliprandi, 32 - 20034 Giussano (MB) **Fax 0362-352 766**
tel. 0362-355 411 - e-mail: info@odontomar.it

Cognome e Nome ……..……..

Luogo e data di nascita ……..……

Codice Fiscale ……

Indirizzo
Via ……..…… N° ……..……

Città …….…… Prov. …… CAP ……

Tel. …….. Cell. ……..……

E-mail ……..……

IMPORTANTE *Coordinate bancarie IBAN per accredito dei rimborsi:*

PAESE		Ctrl		CIN	A.B.I.					C.A.B.					N° CONTO											
I	T																									

OPZIONE PRESCELTA

OPZIONE	MINIMA	MEDIA	MASSIMA	DREAD DISEASE
	☐	☐	☐	☐
Costi associativi per l'anno 2010	€ 238,00	€ 660,00	€ 1.400,00	€ 140,00

Composizione nucleo familiare		
Cognome e Nome	Data di Nascita	Grado di Parentela (*)
(*) Coniuge: CG - Convivente: CV - Figlio: FO - Figlia: FA - Genitore convivente: GC		

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dall'art.13 Legge 675/96, acconsento/acconsentiamo al trattamento per tutti i dati qui forniti per le finalità e nei limiti necessari all'esecuzione dei servizi richiesti ed erogati.

Data…….. Firma ……..

Coordinate bancarie IBAN per il bonifico:

FONDO INTEGRATIVO SSN ODONTOIATRI
Largo Re Umberto, 102 Bis - 10128 Torino
c/o Monte Paschi Siena - Filiale Rivoli (TO)

PAESE		Ctrl		CIN	A.B.I.					C.A.B.					N° CONTO											
I	T	8	6	B	0	1	0	3	0	3	0	8	7	0	0	0	0	0	0	2	6	0	6	7	1	1