

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 (MI) Fax 0362-352766

tel. 0362-355411 - e-mail: info@odontomar.it

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita:

Codice Fiscale

Indirizzo

Via U. Visconti 41

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costi associativi per l'anno 2011	€ 310,00	€ 870,00	€ 1.790,00	€ 160,00

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