



MODULO DI CONTRIBUZIONE LTC – LONG TERM CARE COLLETTIVA ANDI AD ADESIONE INDIVIDUALE

Aderente individuale od Azienda, in caso di adesione collettiva

Cognome e Nome o Ragione Sociale dell'Azienda

Codice Fiscale se individuale – Partita IVA se Azienda

Persone per le quali si versa il contributo

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Contributo *

(*) il contributo per il primo anno di adesione è distinto per età: 20-65 anni euro 30.00 – 66-80 anni euro 125.00

CONTRIBUTO TOTALE DOVUTO EURO _____,00 Il versamento della quota di adesione va effettuato a:

FONDAZIONE ANDI SALUTE – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa FARBANCA – SEDE BOLOGNA **IBAN IT 58F 03110 02400 001570016187**

Causale: **Contributo LTC Cognome Nome/Azienda_Codice Fiscale/P. IVA**

,li _____

Questo Modulo di Contribuzione e Copia del Bonifico potranno essere inviati in alternativa come di seguito indicato:

a. in forma cartacea con firma originale A FONDAZIONE ANDI SALUTE Lungotevere Sanzio, 9 00153 ROMA

b. in formato digitale PDF utilizzando il proprio indirizzo PEC e inoltrandolo a andisalute@pec.andi.it