



FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA

MODULO DI CONTRIBUZIONE TUTELA SALUTE - EURA SALUTE DI PIU' MUTUA

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 e Luogo di nascita	Codice Fiscale	Indirizzo di domicilio	Contributo *

(*) il contributo di adesione è di euro 150,00

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 EURA SALUTE DI PIU' MUTUA Cognome Nome/Azienda_Codice Fiscale/P.IVA**

_____, li _____ Firma _____

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

FAS Fondazione Andi Salute – Modulo di contribuzione TUTELA SALUTE