

INTESTAZIONE DELL'AZIENDA

Spett.le  
FONDAZIONE ANDI SALUTE  
Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa  
Lungotevere Sanzio, 9  
00153 ROMA

L'Azienda

---

Ragione Sociale

codice istat – a cura di FAS

---

Via/Piazza

Città

cap

prov.

---

Indirizzo per l'invio della corrispondenza – se diverso

---

Codice Fiscale

Partita IVA

---

Telefono

fax

cell

e-mail

presa visione ed accettato lo Statuto ed il Regolamento di codesto rispettabile Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa, conferma la volontà di aderirvi, a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dichiara di voler fornire il trattamento assistenziale integrativo previsto e disciplinato dal Regolamento Aziendale, di cui allega copia, ai seguenti "beneficiari":

- n° \_\_\_\_\_ Amministratori
- n° \_\_\_\_\_ Dipendenti
- n° \_\_\_\_\_ Collaboratori

L'Azienda s'impegna ad osservare le norme dell'ordinamento del Fondo ed a comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga nella popolazione dei Beneficiari.

In caso di sottoscrizione dei Piani Sanitari l'Azienda si impegna altresì a provvedere al regolare versamento dei contributi dovuti come previsto dagli ordinamenti del Fondo in considerazione del fatto che le prestazioni a favore del beneficiario decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui diviene efficace il pagamento del relativo contributo.

Restando in attesa di conferma alla domanda di adesione, porgiamo i migliori saluti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Per l'Azienda – Il Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Il presente modulo potrà essere inviato in alternativa come di seguito indicato:

- in forma cartacea con firma originale
- in formato digitale PDF utilizzando il proprio indirizzo PEC e inoltrandolo a [andisalute@pec.andi.it](mailto:andisalute@pec.andi.it)