

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

Il Sottoscritto

cognome	nome		
Via/Piazza	Città	cap	prov.
Nato a	prov	il	
Codice Fiscale			
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 anche ai seguenti famigliari/beneficiari:

nominativo	codice fiscale
nominativo	codice fiscale
nominativo	codice fiscale
nominativo	codice fiscale
nominativo	codice fiscale

Si impegna ad osservare le norme dell'ordinamento del Fondo ed a comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga nella composizione dei Beneficiari.

Nel caso di sottoscrizione dei Piani Sanitari 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 dei beneficiari 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, porgo i migliori saluti.

_____, li _____

Firma

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