INTESTAZIONE DELL’AZIENDA

 Spett.le

 FONDAZIONE ANDI SALUTE

 Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa

 Lungotevere Sanzio, 9

 00153 ROMA

L’Azienda

**Ragione Sociale**  **codice istat**

**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 spettabile 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. **in forma cartacea con firma originale**
2. **in formato digitale direttamente dal sito utilizzando il proprio indirizzo PEC e inoltrandolo a** **andisalute@pec.andi.it**