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 spettabile 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.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**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**