

Programma Invalidità Permanente da Malattia

RICHIESTA DI ADESIONE

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto

DALLE ORE	DEL
-----------	-----

I nominativi e/o categorie da assicurare ed i relativi capitali sono riportati nell'allegato prospetto.

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi assicurativi dovuti per il periodo sotto specificato:

DALLE ORE	DEL
-----------	-----

ALLE ORE	DEL
----------	-----

TIMBRO DEL RICHIEDENTE E
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

LUOGO E DATA

ESTREMI DEL RICHIEDENTE

RAGIONE SOCIALE

SEDE IN	INDIRIZZO
---------	-----------

CODICE FISCALE/PARTITA I.V.A.	TELEFONO	FAX
-------------------------------	----------	-----

ASSOCIAZIONE INDUSTRIALE DI APPARTENENZA	REFERENTE
--	-----------

TELEFONO	CELL	E-MAIL
----------	------	--------

LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME - NOME	CODICE FISCALE
----------------	----------------

INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	CAP
-----------	--------	-------	-----

DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	ETÀ	PROFESSIONE	SESSO F M
-----------------	------------------	-------	-----	-------------	--------------

COD. SOTTOGR.	COD. GRUPPO	DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO	N. DOC	RILASCIATO DA	DATA SCADENZA
---------------	-------------	----------------------------	--------	---------------	---------------