

CONVENZIONE CARTA SALUTE PIU'
PER ISCRITTI FEDERAZIONE INTESA FP E LORO FAMILIARI

PREZZO DELLA CARTA RISERVATO: € 12 PER TUTTO IL NUCLEO FAMILIARE

VALIDITA' CONVENZIONE 12 + 3 MESI DALLA SOTTOSCRIZIONE*

MODULO RICHIESTA DA COMPILARE IN OGNI CAMPO

Il sottoscritto/a _____ in qualità di iscritto alla Federazione
INTESA FP chiede di poter usufruire della convenzione stipulata con CARTA SALUTE PIU' **per sé** (obbligatorio):

1)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____ RESIDENZA _____

EMAIL _____ TELEFONO _____

e **per i familiari** sotto elencati:

2)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____ RESIDENZA _____

EMAIL _____ TELEFONO _____

3)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____ RESIDENZA _____

EMAIL _____ TELEFONO _____

4)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____ RESIDENZA _____

EMAIL _____ TELEFONO _____

5)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

CODICE FISCALE _____ RESIDENZA _____

EMAIL _____ TELEFONO _____

Totale versato € _____

***Si autorizza il trattamento dei dati personali**

Roma, lì _____

Firma _____

Modalità iscrizione

Coordinate per il versamento

conto corrente Banca Popolare del Lazio IT36 P051 0403 213C C060 0000 159 intestato a Confintesa Funzione Pubblica

Occorre far pervenire il presente modulo e la ricevuta di versamento tramite email convenzioni@federazioneintesa.it o fax 06/233225013.

*Le condizioni hanno una validità limitata fino al 30/10/2017