



# A.S.I. SALUTE ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Società di Mutuo Soccorso Asi Salute

Sede Legale: Via Alessandro Volta, 3 - 22100 Como - Sede Operativa: Via Piave, 74 - 21022 Azzate VA  
Cod. Fisc. e P.Iva: 03613430135 - REA: CO 323890 - Tel. 0332.1954218 - info@asisalute.it - www.asisalute.it  
Società costituita ai sensi di legge 15/04/1886 n. 3818 di cui al D.LGS. 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni



## DOMANDA DI ADESIONE

ISCRIZIONE NUMERO

CONVENZIONE

PROMOTORE MUTUALISTICO

### IL RICHIEDENTE PERSONA FISICA O PERSONA GIURIDICA

Cognome e Nome o Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale o Partita Iva \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### SUSSIDIO E RIMBORSO PRESCELTO

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Base     | <input type="checkbox"/> Singola Persona Euro 60  | <input type="checkbox"/> Nucleo Familiare Euro 120 |
| <input type="checkbox"/> Media    | <input type="checkbox"/> Singola Persona Euro 80  | <input type="checkbox"/> Nucleo Familiare Euro 160 |
| <input type="checkbox"/> Alta     | <input type="checkbox"/> Singola Persona Euro 100 | <input type="checkbox"/> Nucleo Familiare Euro 200 |
| <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Singola Persona Euro 120 | <input type="checkbox"/> Nucleo Familiare Euro 240 |

### IL RICHIEDENTE CHIEDE DI INSERIRE NEL SUSSIDIO E RIMBORSO

numero \_\_\_\_\_ singola/e persone

numero \_\_\_\_\_ nucleo/i familiari

1 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

2 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

3 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

4 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

5 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

6 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

7 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

8 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

**FRAZIONAMENTO DEL PAGAMENTO:**  Annuale

Per il rinnovo per gli anni successivi è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni Sepa Core Direct Debit, Conto Corrente Bancario e Conto Corrente Postale

### MODALITÀ DI PAGAMENTO:

- Conto Corrente Postale Intestato a: Società Di Mutuo Soccorso A.S.I. - C.C. Numero : 1030295859  
 Bonifico Bancario o Postale intestato a: Società Di Mutuo Soccorso A.S.I. - IBAN: IT09W0760110900001030295859  
 On Line PAY PAL

**TOTALE QUOTA DA VERSARE EURO** \_\_\_\_\_

Luogo e data di pagamento \_\_\_\_\_

**Il Promotore** \_\_\_\_\_ **Il Richiedente** \_\_\_\_\_

