



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 _____

