

MODULO DI ADESIONE
da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni 02.48.00.46.77

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Codice fiscale	Partita IVA
Residente a	
Via	nr.
Tel.	Fax
Cellulare	e-mail
Ordine Medici di	Iscrizione Nr.
Specializzazione	
Associazione	
Ospedale/Studio	
Via	nr.
Città	
Tel.	Fax
E-mail	

Titolare di polizza RC professionale personale Massimale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Barrare con una X la risposta che interessa
Copertura assicurativa aziendale per colpa grave	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Barrare con una X la risposta che interessa
Già titolare di polizza di tutela giudiziaria Massimale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Barrare con una X la risposta che interessa

Massimale per sinistro senza limite per anno	€ 26.000
Quota associativa*	€ 120

Modalità di pagamento prescelta

con assegno allegato intestato a ASSIMEDICI

a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
BBAN CIN W ABI 05584 CAB 01672 conto 000000000612 Causale: ARITMIA (NOME E COGNOME)

con addebito sulla mia Carta di Credito CARTA VISA CARTA MASTERCARD

Nr. |__|_|_|_|_| - |__|_|_|_|_| - |__|_|_|_|_| - |__|_|_|_|_| | Scadenza |__|_|_|/|__|_|_|

CVV* |__|_|_| (Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito)

Il sottoscritto, avendo presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Tutela Giudiziaria del Medico e con la firma del presente modulo conferma carattere impegnativo (proposta irrevocabile art. 1329 cc) della Sua adesione alla polizza e alla associazione ARITMIA.
* La quota associativa comprende la copertura assicurativa prescelta.
Specifichiamo che, per ciascun aderente, le garanzie decorreranno dall'ultimo giorno del mese di pagamento ed invio della scheda di adesione a mezzo Fax. Per l'operatività delle garanzie è necessario che l'iscritto Medico compili, sottoscriva ed invii via FAX la scheda di adesione con copia del versamento.
Dichiaro di aver letto e ricevuto e/o scaricato dal sito internet dell'Associazione le Condizioni di polizza e la nota informativa relativa al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e data _____ |__|_|_|_|_| _____ (firma)