



Spett.le
Vita Amica - Mutua del Credito Cooperativo ETS
Via Matteotti, 47
36026 Pojana Maggiore (VI)

Il/La sottoscritto/a _____ codice fiscale _____ nato/a
a _____ il ___/___/___ residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ telefono _____
e-mail _____
Nome e cognome del figlio: _____

CHIEDE

ai sensi del REGOLAMENTO CAMPAGNA IGIENE DENTALE 2025 l'erogazione del relativo contributo
che Vorrete accreditemi, a mezzo bonifico, sul mio conto corrente

COORDINATE IBAN

I	T	COORDINATE IBAN																
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI			CAB			Numero Conto									

Allo scopo si allega la seguente documentazione:

1. Ricevuta/Fattura n. _____ del ___/___/___ emessa da _____

(Data)

(Firma dell'Associato)

PARTE RISERVATA ALLA MUTUA

Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____?

SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

VISTO E DATA RIMBORSO

--	--