VITA AMICA
BCC VICENTINO

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:_____

C H I E D E

ai sensi del REGOLAMENTO CAMPAGNA IGIENE DENTALE 2024 l'erogazione del relativo contributo che Vorrete accreditarmi, a mezzo bonifico, sul mio conto corrente

COORDINATE IBAN

I	T																									
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	