

Associazione Mutuo Soccorso Area Fiorentina
L.go P. Palagi, 1 – 50129 FIRENZE
Tel. e Fax. 055.7948352 - P.I. 02015800481

Richiesta n° _____

Oggetto: richiesta contributo per APPARECCHI ORTODONTICI

Il Socio: _____ (azienda) _____

richiede il contributo di cui sopra per:

se stesso

il coniuge (se fiscalmente a carico) _____

il/i figlio/a/i _____

Allega alla presente:

[] Ricevute della terapia ortodontica eseguita, rilasciate dal medico dentista;

[] Stato di famiglia (in caso di prima richiesta o di variazione del nucleo familiare);

Desidero ricevere il contributo:

tramite bonifico bancario sul mio C/C, al netto delle commissioni, il cui codice IBAN è:

[] (già registrato) [] _____

Data

Firma del socio
