

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 LENTI DA VISTA

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 di acquisto delle lenti, non comprensive del costo di eventuale montatura;

[ ] Indicazione del visus da correggere, certificata dal medico oculista o dall'ottico;

[ ] 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_