

MODULO ADESIONE

Il sottoscritto Dottore/ssa: _____

- Titolare della Farmacia: _____
- Indirizzo: _____

- Telefono: _____
- Partita iva: _____
- IBAN (solo per pagamenti tramite SDD): _____
- E-mail: _____

Desidera aderire alla Polizza Collettiva Federfarma / Europ Assistance, a copertura:

- **INFORTUNI ATTO DOLOSO DIPENDENTI DI FARMACIA ISCRITTI A LIBRO PAGA**

NUMERO DIPENDENTI ISCRITTI A LIBRO PAGA:

- FINO A 4 DIPENDENTI PREMIO ANNUO € 48,00
- OLTRE I 4 DIPENDENTI PREMIO ANNUO € 75,00

Con la sottoscrizione del presente mandato la Farmacia:

- Autorizza Assifarma Insurance Broker a disporre l'addebito bancario dell'importo dovuto sul conto corrente della Farmacia.
- Autorizza la Banca della Farmacia ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Dati relativi al Creditore:

Assifarma Insurance Broker, Viale Piceno, 18 20129 Milano Partita Iva: 08786040967

Note: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca. La Farmacia ha diritto di chiedere lo storno del presente addebito entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito.

E' data anche la possibilità di pagamento tramite bonifico Bancario alle seguenti coordinate:

INTESTATARIO: Assifarma s.r.l. – Insurance Broker
UBI >> BANCA POPOLARE COMMERCIO & INDUSTRIA
IBAN: IT19F031113332000000002482

CAUSALE: ADESIONE POLIZZA INFORTUNI ATTO DOLOSO (Indicare partita iva della farmacia)

Luogo: _____ Data: _____ Firma: _____

Restituire il presente modulo compilato e firmato ad Assifarma (tramite mail: adesione@assifarma.it oppure via fax 02.74811226)