

**DOMANDA DI ADESIONE A CARDEA CASSA MUTUA
IN QUALITA' DI**

<input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO	<input type="checkbox"/> SOCIO ADERENTE (Persona Fisica)	<input type="checkbox"/> SOCIO ADERENTE (Persona giuridica)
Domanda di iscrizione numero	Convenzione	Codice promotore mutualistico

* Ragione Sociale		* Partita I.V.A.			
* Cognome (se azienda, Cognome del legale rapp.)		* Nome (se azienda Nome del legale rapp.)		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	* Codice Fiscale	
*Indirizzo di residenza/Sede legale azienda		*C.A.P.	*Località/Frazione		*Prov.
*Telefono	*Cellulare	*E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni			
Tipo Documento <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAT. <input type="checkbox"/> PASS.	Numero Documento	Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza	
Professione					

Piano Sanitario prescelto	Singolo / Nucleo	Frazionamento del pagamento
_____ €	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	Tipo Frazionamento : _____ (I frazionamenti possibili sono consultabili nelle schede tecniche dei sussidi) In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su conto corrente bancario. E' possibile il frazionamento mensile solo nel caso in cui le singole rate non siano inferiori ad € 40,00 (quaranta/00).
_____ €	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	
_____ €	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	

Riepilogo Quote e contributi (riservato ai Soci Ordinari e Soci Aderenti persone fisiche)	
Quota Associativa Annuale Socio Aderente (obbligatoria per le adesioni su base volontaria) Contributo Annuale del Piano Sanitario prescelto (Nucleo/Singolo)	€ 15 ,00
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE	€ _____,00

Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: **Se stesso e i propri familiari** **Uno o piu' dei suoi familiari**
 Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo

Dati anagrafici dei Familiari da garantire						
Nome	Cognome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado di parentela	Codice Fiscale	Sussidio Scelto
		__/__/____				
		__/__/____				
		__/__/____				

Dati anagrafici animale d'affezione da garantire						
Nome	Razza	Sesso	Data di nascita	Colore Mantello	Iscritto all'Anagrafe felina / canina della Regione (Indicare Regione)	Codice microchip

Il richiedente dichiara inoltre			
<input type="checkbox"/> Di non avere nessun tipo di malattia pregressa			
<input type="checkbox"/> Di avere le seguenti malattie pregresse _____			
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa			
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse:			
Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4

I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori. La loro omessa compilazione può comportare il mancato perfezionamento del rapporto associativo.

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____

