

MODULO DI ADESIONE

da inviare a mezzo fax allo 02.23.36.91.22
per informazioni 02.23.36.91.11

Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita
Cod. fisc.	Partita IVA
Residente a	
Via	nr.
Tel.	Fax
Cellulare	E-mail
Ordine Medici di	Iscrizione Nr.
Specializzazione	
Associazione	
Ospedale/Studio	
Città	
Via	nr.
Tel.	Fax

Titolare di polizza RC professionale personale SI NO barrare con una X la risposta che interessa

Massimale **Compagnia**

Copertura assicurativa aziendale per colpa grave SI NO barrare con una X la risposta che interessa

Massimale **Compagnia**

Già titolare di polizza di tutela giudiziaria SI NO barrare con una X la risposta che interessa

Massimale **Compagnia**

Quota associativa	€ 60
--------------------------	-------------

Modalità di pagamento prescelta

a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C
IBAN IT 54 W 05584 01672 000000000612

Causale: QUOTA ASSOCIATIVA CSMM (proprio nome e cognome)

con addebito sulla mia Carta di Credito CARTA VISA CARTA MASTERCARD

Nr. | | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | | Scadenza | | | / | | | |

CVV | | | | | (Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito)

Luogo e data _____ | _____ | _____ (firma)