

**POLIZZA a copertura del pregiudizio economico delle spese di sostituzione per i primi 30 giorni di MALATTIA / INFORTUNI per i medici pediatri di libera scelta della provincia di MODENA.**

Oggetto: Adesione polizza FIMP Modena / Zurich del sostituto.

Il/la sottoscritto/a ..... medico pediatra di libera scelta operante nella provincia di ..... richiede l'adesione del contratto assicurativo in oggetto. Conscio delle conseguenze di dichiarazione mendace, dichiaro di essere iscritto al Sindacato FIMP e di essere titolare al 30 novembre 2009 di ..... assistiti.

Allego copia del bonifico bancario che attesta l'avvenuto pagamento del premio totale ammontante a € ..... e compilo la scheda dei dati personali.

Resto in attesa di conferma avvenuta adesione.

Data:

Firma

*Dati personali:*

Cognome e Nome

Nato/a a ..... il

Codice fiscale:

Partita Iva:

Indirizzo studio

Indirizzo privato (se preferito)

Telefono/i

e mail

Da inviare per fax o e mail [RO004@agenziaturich.it](mailto:RO004@agenziaturich.it)

oppure [monica.garbato@libero.it](mailto:monica.garbato@libero.it) (amministrazione)

Agenzia Zurich di Rovigo, Viale Tre Martiri 45/1

tel. n. 042 522 267

fax n. 042 524 083

cell. Agente Rinaldo Boggiani 348 362 96 72