

## MODULO ADESIONE

Il sottoscritto dottore/ssa: \_\_\_\_\_

- Titolare della Farmacia: \_\_\_\_\_
- Indirizzo: \_\_\_\_\_
- Partita iva: \_\_\_\_\_
- Codice IBAN: \_\_\_\_\_
- Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

Desidera aderire alla ~~%~~ Garanzia Integrativa+ collegata alla polizza Catastrofale Federfarma. Le adesioni avranno decorrenza dal primo giorno del mese successivo ~~l~~oltrò della scheda di adesione ad Assifarma. La copertura assicurativa è subordinata comunque al pagamento del premio. Posto che il premio annuo è di " 150, ovvero " 12,50 al mese, il premio da corrispondere allatto della adesione, sarà pari a " 12.50 per il numero dei mesi intercorrenti fra il mese di decorrenza e il 31.12.2016.

Mentre per il periodo **31/12/2016 È 31/12/2017** il premio sarà pari ad Euro **150,00**.

### **AUTORIZZAZIONE ADDEBITO BANCARIO È POLIZZA INTEGRATIVA FEDERFARMA -**

Con la sottoscrizione del presente mandato la Farmacia sopra indicata:

- Autorizza Assifarma srl Insurance Broker a disporre l'addebito del costo dell'integrazione sul conto corrente indicato per la copertura assicurativa integrativa eventi catastrofali.
- Autorizza la Banca della Farmacia ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Tipologia di Pagamento: Ricorrente annuale

#### Dati relativi al Creditore:

Assifarma srl Insurance Broker, Viale Piceno, 18 20129 Milano

Tel.: 02-70.10.03.39 Partita Iva: 08786040967 Codice Identificativo: IT38ZZZ0000008786040967

**La Farmacia ha diritto di chiedere lo storno del presente addebito entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nota: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

**Restituire il presente modulo compilato e firmato ad Assifarma (tramite mail: [adesione@assifarma.it](mailto:adesione@assifarma.it) oppure via fax 02.74.81.12.26)**