

### 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~~inoltro della scheda di adesione all'Associazione provinciale di competenza. La copertura assicurativa è subordinata comunque al pagamento del premio.

Posto che il premio annuo è di " \_\_\_\_\_, ovvero " \_\_\_\_\_ al mese, il premio da corrispondere all'atto della adesione, sarà pari a " \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

### **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 alla propria Associazione Provinciale**