



FONDO SANITARIO IMPIEGATI AGRICOLI – F.I.A.

c/o Fondazione E.N.P.A.I.A. Viale Beethoven, 48 – 00144 ROMA

call center 800.010270 – 800.313231 – 800.242621 – 800.242624

Tel. 06/5458305 – 06/5458291 – 06/5458265 – Fax 06/5458354

WEB www.fondofia.it - EMAIL infondofia@enpaia.it- PEC fondofia@pec.enpaia.it

	FORMULA	A	Validità dalAl.....
--	---------	---	---------------------------

Ai sensi dell'art. 34 del Contratto Collettivo per Impiegati e Quadri della Confederazione Nazionale Coldiretti 2010 - 2012

Il sottoscritto nato a il/...../.....

Codice Fiscale

Residente in C.A.P. via n. tel.

Telefono Cellulare.....Indirizzo E-MAIL.....

nella sua qualità di dipendente COLDIRETTI richiede l'iscrizione per se e per il proprio nucleo familiare.

Dichiara altresì di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo integralmente.

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (compreso l'intestatario)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	FIRMA PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (L.675/96)

Determinazione della contribuzione annuale

Contributo a carico COLDIRETTI € 260,00	Contributo a carico iscritto € 260,00
FORMULA A - € 520,00	

Per ogni figlio maggiorenne convivente non a carico versamento aggiuntivo annuo: € 103,29

Firma Dipendente

Firma Coldiretti

Forma di pagamento : ANNUALE
 SEMESTRALE

tramite: bonifico bancario intestato Fondo Sanitario Impiegati Agricoli F.I.A. IBAN IT10W010050333700000004371
 assegno circolare N/T

MODALITA' DI RISCOSSIONE DELLE PRESTAZIONI LIQUIDATE DAL FONDO (*)

Si prega di accreditare l'importo della liquidazione sul mio c/c bancario / postale n° _____

Intestato a _____

IBAN _____ ABI _____ CAB _____

(*) Dato obbligatorio

La presente vale quale ricevuta dell'importo di €.

Firma

Pari a/12 della FORMULA

p. F.I.A.

Data