

FORMULA	A	Validità dalAl.....	FORMULA	C	Validità dalal.....
FORMULA	B	Validità dalAl.....	FORMULA	C1	Validità dalal.....
FORMULA	B1	Validità dalAl.....			

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

Codice Fiscale

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

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

Nella sua qualità di PERITO AGRARIO

iscritto presso il Collegio Provinciale dei Periti Agrari di:

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

PRESTAZIONI		PRESCELTE	
FORMULA A -	€ 520,00	FORMULA C - Facoltativa	€ 175,60
FORMULA B - Facoltativa	€ 232,41	FORMULA C1 - Facoltativa	€ 263,39
FORMULA B1- Facoltativa	€ 77,47	FORMULA C1 - Integrata	€ 263,39 + €...

Per ogni figlio maggiorenne convivente non a carico:

FORM. A € 103,29 – FORM. B € 61,97 – FORM. B1 € 25,82 – FORM. C € 46,48 – FORM. C1 € 69,72

Totale contribuzione = €

Forma di pagamento : ANNUALE
 SEMESTRALE

tramite: bonifico bancario intestato Fondo Sanitario Impiegati
Agricoli F.I.A. IBAN IT10W0100503337000000004371
 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 _____

La presente vale quale ricevuta dell'importo di €

Firma

Pari a/12 della FORMULA

p. F.I.A.

Data