

MODULO RACCOLTA DATI CASA RELIGIOSA PIANO SANITARIO PER I RELIGIOSI DEGLI ISTITUTI ASSOCIATI AD AGIDAE

*Da compilare e restituire firmato insieme ai moduli di raccolta dati beneficiario (Mod. ASIR-002) a
AGIDAE OPERA – Via Bellini 14 – 00198 Roma - anticipandolo via fax al numero 06.85457.520*

Dati CONGREGAZIONE RELIGIOSA:

<i>Denominazione</i>
<i>Nome breve</i>

Dati CASA RELIGIOSA:

<i>Denominazione Istituto/Comunità</i>		
<i>C.F.</i>		
<i>Via</i>		
<i>CAP</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov.</i>
<i>eMail</i>	<i>Telefono</i>	

Dati REFERENTE Istituto per il piano sanitario (es. economo/a):

<i>Titolo</i>	<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>
<i>Ruolo</i>		
<i>eMail</i>		
<i>Telefono</i>	<i>Cellulare</i>	

Numero di moduli per dati beneficiari allegati (mod. ASIR-002): _____

La polizza di assistenza sanitaria integrativa ha durata triennale con scadenza 01/12/2020.
L'adesione è per l'intera durata della polizza. **Il costo frazionato ad anno è pari a 100,00euro per ogni Religioso aderente.**

Il pagamento dovrà avvenire tramite **bonifico bancario in favore di AGIDAE OPERA SRL – IBAN IT29L 03127 03207 0000 0000 2433.**

Allegare al presente modulo, debitamente compilato e firmato, la copia dell'ordine di bonifico e l'elenco dei religiosi/e aderenti.

Inviare il tutto via fax al numero 06.85457.520 oppure via email a asi.religiosi@agidaeopera.it.

Data ____/____/____

Firma e timbro Istituto

