

Da inviare a mezzo fax al numero 02.48.00.94.47

Spett.le **ASSIMEDICI** Data |__|__| / |__|__| / 20 |__|__|

Con la presente Vi autorizzo ad addebitare sulla mia carta di credito l'importo sottoindicato.

Intestatario della carta _____

Tipo Carta |__| Visa |__| Eurocard-Mastercard

Nr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Valida dal |__|__| / |__|__| a tutto il |__|__| / |__|__|

Codice CVV (ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito) |__|__|__|

Importo |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Per il saldo delle polizze di assicurazione

Numero |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Premio |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Numero |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Premio |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Numero |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Premio |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Intestata a _____

Telefono _____

Fax _____

(Firma Titolare)