



Spettabile

## FONDO PENSIONE MEDICI

00195 ROMA Via Costantino Morin, 45

NUOVO Fax 06 92 91 27 97

Pag.1+.....

E-mail [info@fondopensionemedici.it](mailto:info@fondopensionemedici.it)

### MODULO VERSAMENTO CONTRIBUTI PERSONALI STRAORDINARI

Il Sottoscritto .....

Nato/a a ..... il ..... prov.....

residente a ..... Via .....

Tel..... e-mail .....

e titolare di una posizione previdenziale accesa presso il Fondo Pensione Medici, dichiara di aver

effettuato nel mese di  APRILE  OTTOBRE

il versamento di € \_\_\_\_\_

attraverso bonifico bancario intestato al Fondo Pensione Medici sulle seguenti coordinate bancarie:

**IBAN IT 60 N 05262 15001 CC1350102375** presso la **Banca Popolare Pugliese**

CAUSALE : \_\_\_\_\_ // contributo volontario

(il proprio codice fiscale)

Il presente modulo, unitamente ad una copia dell'ordine di bonifico, viene trasmesso al Fondo a mezzo E-MAIL / FAX consapevole che il mancato invio potrebbe ripercuotersi sul puntuale investimento del contributo.

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e della correttezza di dati e delle informazioni fornite nel presente modulo.

Data

Firma dell'interessato

.....

.....

#### Modalità operative

1. **Bonificare l'importo desiderato sul conto Banca Popolare Pugliese – c/c intestato a FONDO PENSIONE MEDICI, IBAN IT 60 N 05262 15001 CC1350102375, con causale “codice fiscale – contributo volontario”**
2. **Non appena disposta l'operazione di bonifico, invio di copia del presente modulo, unitamente alla disposizione bancaria, al numero di fax della Segreteria del Fondo Pensione Medici (fax 06 92912797)**