



Spett.le
FONDO PENSIONE MEDICI
Via Costantino Morin, 45
00195 ROMA

Fax 06 92 91 27 97

E-mail 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) oppure per email all'indirizzo info@fondopensionemedici.it**