

Modulo di CONTRIBUZIONE VOLONTARIA per familiari fiscalmente a carico

Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente

Il presente modulo dovrà essere inviato al Fondo via fax al n. 06/92912797 o all'email info@fondopensionemedici.it

Cognome e nome cod. fiscale.....

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

Residente a..... prov..... cap.....

In Via n.....

Tel..... e-mail

Familiare a carico del sig./sig.ra.....

dipendente dell'Azienda Ospedaliera.....

dichiaro di aver effettuato, in data....., il bonifico di €

a favore del Fondo Pensione Medici a titolo di contributo volontario per familiare a carico, come da disposizione bancaria allegata.

Data

Firma dell'aderente()*

.....

.....

Firma del soggetto a cui carico risulta l'aderente

.....

* Nel caso di minori o di persone soggette a tutela, si richiede la firma del genitore/tutore legale

Modalità operative

1. Bonificare l'importo desiderato sul conto corrente **intestato al FONDO PENSIONE MEDICI** – IBAN **IT 60 N 05262 15001 CC1350102375** presso la Banca Popolare Pugliese inserendo come causale "codice fiscale – contributo volontario per familiare a carico".
2. Non appena disposta l'operazione di bonifico, inviare copia del presente modulo, unitamente alla disposizione bancaria, al numero di fax della Segreteria del Fondo: 06/92912797 o all'email info@fondopensionemedici.it