A.R.I.T.M.I.A.
Associazione Ricerca Italiana
Tutela Medici Ingiustamente Accusati

MODULO DI ADESIONE

da inviare a mezzo fax allo 02.48.00.94.47
per informazioni 02.48.00.46.77

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

AGEVOLAZIONI riservate agli iscritti OMCeO Bologna

www.aritmia.eu

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | Partita IVA | | | | | | | | | | |

Residente a

Via nr.

Tel. Fax

Cellulare E-mail

Ordine Medici di Iscrizione Nr.

Specializzazione

Associazione

Ospedale/Studio

Città

Via nr.

Tel. Fax

Titolare di polizza RC professionale personale **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale **Compagnia**

Copertura assicurativa aziendale per colpa grave **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale **Compagnia**

Già titolare di polizza di tutela giudiziaria **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale **Compagnia**

Massimale per sinistro senza limite per anno per vertenze penali, civile ed assistenza	**€ 30.000,00**
Quota associativa*	**€ 165**

Modalità di pagamento prescelta

|_| a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato ASSIMEDICI
IBAN IT54W0558401672000000000612 Causale: ARITMIA (proprio nome e cognome)

|_| con addebito sulla mia Carta di Credito |_| CARTA VISA |_| CARTA MASTERCARD

Nr. |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__| Scadenza |__|__|/|__|__|

CVV* |__|__|__| (Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito)

* La quota associativa comprende la copertura assicurativa.
Il sottoscritto, avendo presa visione, dichiara di accettare tutte le condizioni della polizza Tutela Giudiziaria del Medico e con la firma del presente modulo conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art. 1329 cc) della Sua adesione alla polizza e alla associazione ARITMIA.
Specifichiamo che, per ciascun aderente, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di effetto anche se il pagamento possa risultare antecedente alla stessa. Laddove la data del pagamento risultasse posteriore a quella di effetto, le garanzie decoreranno dalle ore 24 del giorno del pagamento ed invio della scheda di adesione a mezzo Fax. Per l'operatività delle garanzie è necessario che l'iscritto Medico compili, sottoscriva ed invii via FAX la scheda di adesione con copia del versamento. Dichiaro di aver letto e ricevuto e/o scaricato dal sito internet dell'Associazione le Condizioni di polizza e la nota informativa relativa al trattamento dei miei dati personali. Le note informative e le condizioni sono scaricabili dal sito www.aritmia.eu/tutelalegale.

Luogo e data_____|__|__|_____| _____ (firma)

ARITMIA
Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati
20123 Milano - Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.48.00.46.77 Fax 02.48.00.94.47 - info@aritmia.eu

nuovo sito internet www.aritmia.eu

ARITMIA Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati