

**MODULO DI ADESIONE**

da inviare a mezzo fax allo 0971.53.802
per informazioni 0971.194.06.35



AGEVOLAZIONI
riservate agli iscritti
OMCEO Lecce

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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	barrare con una X la risposta che interessa
Massimale	Compagnia		
Copertura assicurativa aziendale per colpa grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	barrare con una X la risposta che interessa
Massimale	Compagnia		
Già titolare di polizza di tutela giudiziaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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)

* 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 decorreranno 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)

La convenzione con ASSIMEDICI, sarà gestita da:



Via G. Rossini, 12 - 85100 - Potenza
Tel: 0971.194.06.35 - Fax: 0971.53.802 info@studiolosassobroker.com

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