

Spett.
Banca _____

Filiale n° _____

Via _____

Città _____

_____, |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Oggetto: Ordine di bonifico

Vi prego di voler effettuare il seguente ordine di bonifico:

Importo € _____

codice IBAN: IT 68 U 03479 01600 000800835102

Intestato a: FONDOSANITA' - FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A CAPITALIZZAZIONE PER GLI ESERCENTI
LE PROFESSIONI SANITARIE

Ubicato presso

BNP PARIBAS
SECURITIES SERVICES
CIN U ABI 03479 CAB 01600

Causale operazione: CF _____
(codice fiscale)

versamento unico
 prima rata seconda rata

Aderente _____
(cognome)

_____ (nome)

Il sopraindicato importo dovrà essere addebitato sul c/c numero _____

intestato a _____

Visto della Banca

Firma dell'Aderente

N.B. si ricorda di riportare sempre il proprio numero di codice fiscale, perchè assolutamente indispensabile per la corretta identificazione dell'iscritto. La quota di contribuzione a FondoSanità può essere versata in unica soluzione o in due rate, entro il 30 giugno ed il 30 Novembre di ogni anno. Resta fermo il diritto di fruizione della prevista deducibilità fiscale per versamenti effettuati fino al 31 dicembre di ogni anno.