

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.