

MODULO ADESIONE "INTEGRATIVA 2/3" RCP-RCT-RCO

Il sottoscritto Dottore/ssa: _____

• Titolare della Farmacia: _____

• Indirizzo: _____

• Città: _____ Cap: _____ Prov: _____

• Telefono: _____

• Partita iva: _____

• E-mail: _____

Desidera aderire alla Polizza INTEGRATIVA Federfarma / Zurich, a copertura della:

- RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
- RESPONSABILITA' CIVILE TERZI
- RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO

INTEGRATIVA 2 € 200,00 (Massimali: RCP € 1.250.000 – RCT € 1.250.000 - RCO € 1.500.000,00)

INTEGRATIVA 3 € 260,00 (Massimali: RCP € 2.250.000 – RCT € 2.150.000 - RCO € 2.000.000,00)

INDICARE MODALITA' DI PAGAMENTO:

RID BANCARIO La copertura sarà attiva dalle ore 24:00 del giorno seguente al ricevimento del modulo (Previa verifica dell'esattezza dei dati bancari) al 31/12/2019

INDICARE CODICE IBAN: _____

Con la sottoscrizione del presente mandato la Farmacia:

- Autorizza Assifarma Insurance Broker a disporre l'addebito bancario sul conto corrente della Farmacia.
- Autorizza la Banca della Farmacia ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

Dati Creditore: Assifarma Insurance Broker, Viale Piceno, 18 20129 Milano Partita Iva: 08786040967

Note: I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca. La Farmacia ha diritto di chiedere lo storno del presente addebito entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito.

BONIFICO BANCARIO (La decorrenza sarà attiva dalle ore 24:00 della data del bonifico bancario al 31/12/2018)

INTESTATARIO: Assifarma s.r.l. – Insurance Broker

UBI >< BANCA

IBAN: IT19F031113332000000002482

CAUSALE: Polizza FARMACIA (INDICARE RAGIONE SOCIALE E PARTITA IVA)

Luogo: _____ Data: _____ Firma: _____

Restituire il presente modulo compilato e firmato ad Assifarma tramite mail: adesione@assifarma.it oppure tramite Fax 02 74811226