FONDO SANITARIO IMPIEGATI AGRICOLI – F.I.A.

Viale Beethoven, 48 – 00144 ROMA Tel. 06/5917085 – Fax 06/5915793

E–Mail : info@fondofia.it - HOME PAGE : http://www.fondofia.it

Periti Agrari

	FORMULA	**A**	Validità dal ……Al……		**FORMULA**	**C**	Validità dal ……..…al……..……
	FORMULA	**B**	Validità dal ……Al……		**FORMULA**	**C1**	Validità dal ……..…al……..……
	FORMULA	**B1**	Validità dal ……Al……				

Il sottoscritto……..…..……..….**nato a**……**il**……../...……/…….

Residente in ……..**C.A.P**……...**via**……**n**...……..**tel.**……..…..…

Telefono Cellulare……**Indirizzo E-MAIL**…….

Nella sua qualità di PERITO AGRARIO ☐ **iscritto presso il Collegio Provinciale dei Periti Agrari di:** ☐

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE (compreso l'intestatario)

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	FIRMA PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (L.675/96)

Determinazione della contribuzione

	PRESTAZIONI			PRESCELTE	
	FORMULA A -	**€ 520,00**		**FORMULA C - Facoltativa**	**€ 175,60**
	FORMULA B - Facoltativa	**€ 232,41**		**FORMULA C1 - Facoltativa**	**€ 263,39**
	FORMULA B1- Facoltativa	**€ 77,47**		**FORMULA C1 - Integrata**	**€ 263,39 + €…**

☐ **Per ogni figlio maggiorenne convivente non a carico:**
FORM. A € 103,29 – FORM. B € 61,97 – FORM. B1 € 25,82 – FORM. C € 46,48 – FORM. C1 € 69,72

Totale contribuzione = € ……

Forma di pagamento : ☐ **ANNUALE** ☐ **SEMESTRALE**

tramite: ☐ **bonifico bancario intestato Fondo Sanitario Impiegati Agricoli F.I.A. IBAN IT10W0100503337000000004371**
☐ **assegno circolare N/T**

MODALITA' DI RISCOSSIONE DELLE PRESTAZIONI LIQUIDATE DAL FONDO

Si prega di accreditare l'importo della liquidazione sul mio c/c bancario / postale n°_____

Intestato a _____

IBAN _____ **ABI** _____ **CAB** _____

La presente vale quale ricevuta dell'importo di €. …….. **Firma ……**

Pari a ……..…./12 della FORMULA ……

p. F.I.A. ……

Data ……