CMO
COMMERCIANTI
MUTUA OSPEDALIERA

VIA VALLE VENOSTA, 4 - 21100 - VARESE - TEL. 0332/342112 - FAX 0332/335518 - P.I. 80002070128 - INFO@CMOVARESE.IT - WWW.CMOVARESE.IT

COMUNICAZIONE DATI BANCA D'APPOGGIO

Data ___/___/_____

Libretto n° _____

Spett.le
MUTUA OSPEDALIERA
COMMERCIANTI VARESE
Via Valle Venosta 4
21100 VARESE

Io sottoscritto _____

Residente in Via _____ Città _____

Tel./Cell. _____

CHIEDO

Che per me, in qualità di : ☐ **Titolare** ☐ **Aggregato**
i rimborsi della Mutua Ospedaliera Commercianti Varese vengano accreditati presso:

Intestazione conto corrente bancario: _____

Banca d'appoggio: _____

CODICE IBAN
(da rilevare dall'estratto conto)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(con l'esclusione di tutti i caratteri speciali quali: barre, punti, trattini, spazi)

E che questo conto corrente venga utilizzato anche per:

Cognome/nome_____ Cognome/nome_____

Cognome/nome_____ Cognome/nome_____

Cognome/nome_____ Cognome/nome_____

Firma per autorizzazione

_____

Quanto espressamente contemplato in materia di privacy ai sensi del D. Lgs 196/03 è stato autorizzato nella scheda informativa mod. "PRIVACY_1" al momento dell'iscrizione alla Commercianti Mutua Ospedaliera.