

Libretto n. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### FA DOMANDA D'ISCRIZIONE

alla Commercianti Mutua Ospedaliera, a partire dal \_\_\_\_\_

a favore proprio e dei seguenti familiari:

Cognome – Nome	Data nascita	Rapp. parentela	Codice fiscale	Quote pro-capite
		TITOLARE		

**Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di tutte le norme dello Statuto e del Regolamento della CMO stessa che dichiara di accettare integralmente, per sé e per i suoi familiari ed eventuali aggregati.**

In fede

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_