

Oggetto: richiesta contributo per APPARECCHI ORTODONTICI

Il Socio: \_\_\_\_\_ (azienda) \_\_\_\_\_

richiede il contributo di cui sopra per:

se stesso

il coniuge (se fiscalmente a carico) \_\_\_\_\_

il/i figlio/a/i \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

[ ] Ricevute della terapia ortodontica eseguita, rilasciate dal medico dentista;

[ ] Stato di famiglia (in caso di prima richiesta o di variazione del nucleo familiare);

Desidero ricevere il contributo tramite bonifico bancario sul mio C/C, al netto delle commissioni, il cui codice IBAN è:

[ ] (già registrato) [ ] \_\_\_\_\_

Data

Firma del socio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_