

ALLEGATO PIANO SANITARIO INTEGRATIVO: S.I.ASSISTENZA2
(Dati necessari per la messa in copertura dell'associato beneficiario
al piano sanitario integrativo con eventuale diritto al "Fringe Benefit")

DENOMINAZIONE AZIENDA ACQUIRENTE DEL PIANO SANITARIO:

.....

INDIRIZZO:

CODICE FISCALE: PARTITA IVA:

MAIL: TELEFONO:

COGNOME E NOME BENEFICIARIO DEL PIANO SANITARIO:

.....

INDIRIZZO:

CODICE FISCALE: DATA DI NASCITA:

MAIL: TELEFONO: