

RICHIESTA DI DUPLICATO TESSERA

Spett.le
MARCA SOLIDALE – Ass. Mut ETS
Via G. Garibaldi n. 46
31010 – Orsago (TV)

Il/la sottoscritto/a _____ NAG _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/_____
e residente a _____ prov. _____ in via _____
codice fiscale _____

prega di voler provvedere all'emissione di una nuova tessera per:

- A) SMARRIMENTO
- B) DATI ERRATI (indicare la correzione da effettuare) _____
- C) ALTRO: _____

AUTORIZZA

ad effettuare l'addebito di:

euro 8,00 (otto/00), pari al costo del duplicato della tessera come previsto dal Regolamento Carta MutuaSalus art.9,

sul conto corrente nr. _____ fil. _____

intestato a _____

In attesa si porgono distinti saluti.

(data)

(firma)