

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 _____
