

COMUNICAZIONE DATI BANCA D'APPOGGIO

Data ___/___/_____

Libretto n° _____

Spett.le
MUTUA OSPEDALIERA
COMMERCianti VARESE
Via Valle Venosta 4
21100 VARESE

Io sottoscritto _____

Residente in Via _____ Città _____

Tel./Cell. _____

CHIEDO

Che per me, in qualità di : **Titolare** **Aggregato**
i rimborsi della Mutua Ospedaliera Commercianti Varese vengano accreditati presso:

Intestazione conto corrente bancario: _____

Banca d'appoggio: _____

CODICE IBAN

(da rilevare dall'estratto conto) – **COMPOSTO DA 27 CARATTERI (tra numeri e lettere)**

IT _____

(con l'esclusione di tutti i caratteri speciali quali: barre, punti, trattini, spazi)

E che questo conto corrente venga utilizzato anche per:

Cognome/nome _____

Cognome/nome _____

Cognome/nome _____

Cognome/nome _____

Cognome/nome _____

Cognome/nome _____

Firma per autorizzazione

Quanto espressamente contemplato in materia di privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del 27 Aprile 2016/679 è stato autorizzato nella scheda informativa mod. "PRIVACY 1" al momento dell'iscrizione alla Commercianti Mutua Ospedaliera

