

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 Commercianti Mutua Ospedaliera Varese vengano accreditati presso:

Intestazione conto corrente bancario: _____

Banca d'appoggio: _____

CODICE IBAN

IT _____

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