UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

14 Strutture Sanitarie al Servizio della tua Salute

(Centralino: 06/32868.1)

CONVENZIONE USI-CARD PER SOCI E LORO FAMILIARI - PREZZO DELLA USI-CARD: **€ 50,00 a persona**

VALIDITA' CONVENZIONE: **01.01.2025 – 31.12.2025**

MODULO RICHIESTA DELLA USI-CARD -

Il sottoscritto _____Residente

in_____Via_____

Codice fiscale_____telefono_____

mail_____

Chiede di poter usufruire della convenzione USI-CARD stipulata con la U.S.I. **per se** (obbligatorio):

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
1)_____	_____	_____

e per i familiari sotto elencati:

COGNOME/NOME	COD.FISCALE	DATA DI NASCITA
2)_____	_____	____/____/_____
3)_____	_____	____/____/_____
4)_____	_____	____/____/_____
5)_____	_____	___/____/_____
6)_____	_____	_____/____/_____
7)_____	_____	_____/____/_____
8)_____	_____	_____/____/_____

Totale versato €_____

Si autorizza il trattamento dei dati personali

Roma, lì_____ Firma_____