

Da inviare a mezzo fax al numero 02.48.00.94.47

Spett.le **ASSIMEDICI Srl** Data |__|__| / |__|__| / 20 |__|__|

Con la presente Vi autorizzo ad addebitare sulla mia carta di credito l'importo sottoindicato.

Intestatario della carta _____

Tipo Carta |__| **Visa** |__| **Eurocard-Mastercard**

Nr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Valida dal |__|__| / |__|__| **a tutto il** |__|__| / |__|__|

Codice CVV (ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito) |__|__|__|

Importo |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Per il saldo delle polizze di assicurazione

Numero |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Premio |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Numero |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Premio |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Numero |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Premio |__|__| . |__|__|__| , |__|__|

Intestata a _____

Telefono _____ Fax _____

(Firma Titolare)

dal 1928... una storia che continua...

