

MODULO DI DISDETTA DIPENDENTE ALL'ADESIONE AL PIANO SANITARIO PMI SALUTE

Dati Dipendente

Il/La sottoscritto/a _____	Assunto in data _____
Codice Fiscale _____	Tel. (opzionale) _____
Nato/a a _____	Provincia _____ il _____
Residente a _____	Provincia _____ C.A.P. _____
Indirizzo _____	N° _____
Documento di identità n. _____	(di cui si allega una copia)
Indirizzo e-mail (opzionale) _____	

Dati Azienda

Ragione Sociale _____	Codice <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indirizzo _____	Provincia _____
Località _____	C.A.P. _____

Disdetta dell'adesione al Piano Sanitario PMI Salute

CHIEDE

la disdetta dell'adesione al Piano Sanitario di PMI Salute.

Data _____ Firma _____

ISTRUZIONI

Il presente modulo va compilato dall'aderente e inviato a PMI Salute, allegando copia del documento di identità e del codice fiscale, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, al seguente indirizzo e-mail: assistenza@fondopmisalute.it.

La disdetta avrà valore a far data dal giorno 1° gennaio dell'anno successivo a quello di trasmissione del presente modulo. La cessazione della contribuzione e delle prestazioni sanitarie avverrà a partire dalla medesima data.

Si precisa che la disdetta potrà essere effettuata solo nel caso in cui la permanenza in PMI Salute sia stata pari a minimo 12 (dodici) mesi, a decorrere dalla data di iscrizione.