









**Codice Intermediario** 6427423

Sotto-codice \_\_ 324234

### PRESENZA FISICA DEL CLIENTE

SI

O NO

# **SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE /ADERENTE**

	Cognome e nome Cerisola Mirco
	Data di nascita 27/04/1985
	<b>Luogo di nascita</b> Chiavari <mark>=</mark>
<b>=</b>	<b>Nazionalità</b> Italiana
	Cod.Fisc. CRSMRC85D27C621V
	SESSO:
	М
	<b>F</b>

Tipo doc. di identità Carta di Identità 📁

AS5079884

Rilasciato il 20/12/2011

N.

da

Comune

Località di rilascio Sestri Levante

Data scadeliza doc. identita 27/01/20	)21	
Indirizzo di residenza via Sara, 14		
CAP		
16039		
Prov.		
GE		
<b>Stato</b> Italia		
<b>Telefono</b> 3923269272		
Mail mircocerisola@gmail.com		
Time coccino in a giriam com		
PEP		
<mark>₱</mark>		
NO		
SI		
INCARICHI PUBBLICI		
O NO		
SI	<b>P</b>	
	SEZIONE B – ALTRI SOGGETTI	
	SEZIONE B - ALIKI SOGGETTI	
	IL BENEFICIARIO: 📁	
Cognome e nome Cerisola Mirco		
Cod.Fisc. CRSMRC85D27C621V		
CHOWINGOSDE? COLTV		
Data di nascita 27/04/1985		
Luogo di nascita Sestri Levante		
	PAESE DI RESIDENZA:	
	PAESE DI KESIDENZA:	
Italia		
_		
UE		

appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato

Paesi Terzi, quale

ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale
PEP
O NO
SI, in qualità di
IL BENEFICIARIO:
Cognome e nome Cerisola Mirco
Cod.Fisc. CRSMRC85D27c621v
Data di nascita <sub>27/04/1985</sub>
<b>Luogo di nascita</b> Chiavari
PAESE DI RESIDENZA:
ltalia 📁
UE
Paesi Terzi, quale
appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato
ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato
non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale
PEP
O NO
○ SI
IL BENEFICIARIO: 📁
Cognome e nome
Cod.Fisc.
Data di nascita gg/mm/aaaa
Luogo di nascita

PAESE DI RESIDENZA:

	Italia
	UE
	Paesi Terzi, quale
	appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato
	ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato
	non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale
	PEP
0	NO
0	SI, in qualità di
	SEZIONE B – ALTRI SOGGETTI
	IL BENEFICIARIO:
Cog	nome e nome
Cod	.Fisc.
Data	a di nascita gg/mm/aaaa
Luo	go di nascita
	PAESE DI RESIDENZA:
	Italia
	UE
	Paesi Terzi, quale
	appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato
	ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato
	non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale
	PEP
0	No
	NO

 RFV	IEFICI	INDIC	١.
DEI	IEFICI	ANIC	/ .

Cognome e nome
Cod.Fisc.
Data di nascita gg/mm/aaaa
Luogo di nascita
PAESE DI RESIDENZA:
Italia
UE
Paesi Terzi, quale
appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato
ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato
non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale
PEP
O NO
SI, in qualità di
IL PAGATORE (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE/ADERENTE):
Cognome e nome
Cod.Fisc.
Data di nascita gg/mm/aaaa
Luogo di nascita
PAESE DI RESIDENZA:
Italia
UE
Paesi Terzi, quale
appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato
ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale

PEP
O NO
○ SI
SEZIONE C – ULTERIORI INFORMAZIONI
ISTITUTO DI CREDITO DI PROVENIENZA/DESTINAZIONE
O Italia O Stato Estero, specificare quale
TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO:
(1) Unico Titolare Effettivo (2) Titolare Effettivo unitamente a:
Cognome e nome Cerisola Mirco
Codice Fiscale CRSMRC85D27C621V
Residenza Italia
PEP
O NO SI, in qualità di
Luogo e data <sub>27/04/1985</sub>
Scheda di Adeguata Verifica a cura del Distributore – Sezione D (a cura del Distributore)
COMPORTAMENTO TENUTO DAL CLIENTE ALL'INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONTINUATIVO
Normale 💆
Riluttanza e/o reticenza nel fornire le informazioni richieste
Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione
Il cliente mostra una inusuale familiarità con le norme antiriciclaggio
Altre anomalie comportamentali riscontrate. Specificare
Gesticola in modo nervoso

LE INFORMAZIONI RICEVUTE DAL CLIENTE, SONO DA RITENERSI ATTENDIBILI?

	Si No. Specificare il motivo
<b>F</b>	Cognome Marino
	Nome Giuseppe
	Codice soggetto incaricato al collocamento 6789
	Num. iscrizione RUI A45667454
	Regione di attività del soggetto incaricato del collocamento Liguria
	Luogo e data 27/04/1984
	Intermediario Agente
	Luogo e data 27/06/2014
	VALIDAZIONE PERCORSO DI ADEGUATA VERIFICA
	Intermediario 08/05/2019
	Timbro/Firma 25/05/2019 =
	Spazio riservato alla Compagnia
	TIPO VERIFICA SUL NOMINATIVO:
	WCL <sub>18/05/2019</sub>
	Altro esito delle verifiche 28/05/2019
	Proposta Numero 567896
	Agenzia A543523
	Codice agenzia 456
	Codice intermediario 4534532

CONTRAENTE 📃 📁

**COGNOME, NOME / RAGIONE SOCIALE** 

Sig.

Sig.ra	
Soc.	
Cognome / Ragione Sociale Cerisola	
Nome Mirco	
RESIDENZA / SEDE LEGALE 📃	
Indirizzo via Sara	
Numero 14	
<b>CAP</b> 16039	
<b>Città</b> Sestri Levante	
<b>Provincia</b> GE	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
Data di nascita <sub>27/04/1985</sub>	
Luogo di nascita Sestri Levante	
<b>Provincia</b> GE	
Stato di nascita <sub>27/06/2016</sub>	
NAZIONALITÀ / PROFESSIONE ATTUALE E SETTORE ECONOMICO	)
O Italiana	
Altra nazionalità	
Professione Avvocato	
Settore economico Economia =	
TERRITORIALITÀ FISCALE DI APPARTENENZA	
○ USA e / o	
Specificare la Nazione di cui il Contraente è contribuente fiscale Italia	
Identificativo fiscale (TIN/NIF) 6784	

# **CODICE FISCALE / PARTITA IVA**

Codice fiscale
CRSMRC85D27C621V

Partita IVA

654324342

### **RECAPITO DI CONTATTO**

(SE DIVERSO DALLA RESIDENZA / SEDE LEGALE)

Indirizzo via Sara 56
Numero 4353534
<b>CAP</b> 16039
<b>Città</b> Genova
<b>Provincia</b> GE
ULTERIORI RECAPITI
Telefono fisso 3923269272
Telefono ufficio 0185456789
<b>Cellulare</b> 3923269272
E-Mail mircocerisola@gmail.com
ASSICURATO
ASSICURATO
Contraente
Persona diversa dal Contraente (si prega specificare di seguito)
COGNOME, NOME
Sig.
Sig.ra
Cognome Cerisola
Nome Mirco

RESIDENZA

Indirizzo via Sara 14		
Numero 14		
CAP		
16039		
<b>Città</b> Sestri Levante		
<b>Provincia</b> GE		
	DATA E LUOGO DI NASCITA	
Data di nascita 25/05/aaaa		
<b>Luogo di nascita</b> Sestri Levante		
<b>Provincia</b> GE		
Stato di nascita 27/04/1985		
	NAZIONALITÀ / PROFESSIONE	
Italiana		
Altra nazionalità		
Professione		
Avvocato		
	CODICE FISCALE	
Codice fiscale		
CRSMRC85D26C657U		
	RECAPITI	
Telefono fisso	RECAPIII	
3333333334		
Telefono ufficio 0186793022		
<b>Cellulare</b> 3333333334		
<b>E-Mail</b> mircocerisola@gmail.com		
	BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE	

### **BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE**

Altri (specificare nello spazio a seguire)

Eredi testamentari, in mancanza eredi legittimi dell'Assicurato	
COGNOME, NOME / RAGIONE SOCIALE	
Sig.	
Sig.ra	
Soc.	
Cognome / Ragione Sociale Cerisola	
Nome Mirco	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
Data di nascita 11/05/2019	
Luogo di nascita Chiavari	
<b>Provincia</b> GE	
Stato di nascita 17/05/2019	
PERCENTUALE / RELAZIONE CON IL CONTRAENTE	
Percentuale %	
Relazione con il Contraente Padre	
CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
Codice fiscale CRSMRC8793424AH	
Partita IVA 894238492384	
E-Mail mircocerisola@gmail.com	
BENEFICIARIO CON DISABILITÀ GRAVE  (COME DEFINITO DALL'ART. 3, COMMA 3, DELLA LEGGE N.104/1992)	
Il Beneficiario in caso di morte è persona con disabilità grave (barrare se affermativo)	
REFERENTE TERZO 📃	
Sig.	
Sig.ra	

assytech.websitedemocenter.com

Cognome

Terzi Nome Referente Data di nascita 19/05/2019 Luogo di nascita Chiavari Telefono 54234 **COMUNICAZIONI AL BENEFICIARIO** Richiesta di escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario prima dell'evento (barrare in caso di selezione) **BENEFICIARIO IN CASO DI VITA BENEFICIARIO IN CASO DI VITA** Contraente 📃 **Assicurato** Altri (precisare nello spazio a seguire) COGNOME, NOME / RAGIONE SOCIALE Sig. Sig.ra Soc. **Cognome / Ragione Sociale** Cerisola Nome Marco **DATA E LUOGO DI NASCITA** Data di nascita 09/05/2019 Luogo di nascita Chiavari **Provincia** GΕ Stato di nascita 25/06/2017

PERCENTUALE / RELAZIONECON IL CONTRAENTE

Percentuale

67

Relazione con il Contraente

### **CODICE FISCALE / PARTITA IVA**

**Codice fiscale** 

Frat⊖II∩

CRSHJNNDIS89F

Partita IVA

823492u4892

E-Mail

miercocer@gmail.com

### **COMUNICAZIONI AL BENEFICIARIO**

Richiesta di escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario prima dell'evento (barrare in caso di selezione)

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisci elit, sed eiusmod tempor incidunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrum exercitationem ullam corporis suscipit laboriosam, nisi ut aliquid ex ea commodi consequatur.

# IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE PERSONA FISICA / DEL RAPPRESENTANTE LEGALE PERSONA GIURIDICA

IDENTIFIC	CAZIONE CONTRAENTE / LEGALE RAPPRESENTANTE			
Carta d'identità				
Patente				
Passaporto				
<b>Relazione con il Contraente</b> Padre				
Codice fiscale del legale rappresentante CRSMRC67JNDJNIS				
Data di emissione 10/05/2019				
Data di scadenza <sub>14/05/2019</sub>				
Autorità emittente Alta				
<b>Luogo di emissione</b> GEnova				
	TITOLARE EFFETTIVO IL CONTRAENTE È IL TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO?			
☐ Si				
☐ No				

SOTTOSCRIZIONE DELL'INTERMEDIARIO

Nome, Cognome dell'intermediario

Marino Giuseppe

Sign

# CAPACITÀ DI RISPARMIO DEL CONTRAENTE

PER VALUTARE L'ADEGUATEZZA DELL'INVESTIMENTO ASSICURATIVO CHE STA SOTTOSCRIVENDO LE CHIEDIAMO DI INDICARCI LA SUA CAPACITÀ MEDIA ANNUA DI RISPARMIO. LA CAPACITÀ DI RISPARMIO DEVE ESSERE VALUTATA TENENDO CONTO DELLA SUA SITUAZIONE PATRIMONIALE, REDDITUALE, FAMILIARE E DEGLI IMPEGNI FINANZIARI GIÀ ASSUNTI.

	ICAPACITÀ DI RISPARMIO ANNUA
<b>₽</b>	Fino a 600,– €
	Tra 600,- € e 5.000,- €
	Oltre 5.000,– €
	REDDITO ANNUO
	Fino a 20.000,– €
	Tra 20.000,- € e 35.000,- €
	Tra 35.000,- € e 50.000,- €
	Tra 50.000,- € e 65.000,- €
	Oltre 65.000,– €
	TIPOLOGIA DI REDDITO ANNUO
	Reddito fisso
	Reddito variabile non certo
	IMPEGNI FINANZIARI GIÀ ASSUNTI
	Nessuno
	Fino a 1.000,– €
	Tra 1.000,- € e 5.000,- €
	Superiore a 5.000,– €
	NUMERO COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE
	Numero 📃
	Di cui a carico

# **DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO**

### **DATA DI DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO**

Data di Decorrenza <sub>17/05/2019</sub>
Durata del Contratto 7
PREMIO
IMPORTO ANNUALE DEL PREMIO
Premio annuo 1000
OPZIONE DI INCREMENTO AUTOMATICO DEL PREMIO (barrare in caso di selezione)
PIANO DI FRAZIONAMENTO DEL PREMIO / RATA DI PREMIO
Mensile
Trimestrale
Semestrale
Annuale
Importo Rata di Premio 600
€ 60
PRIMA RATA / IMPORTO DEL PRIMO PREMIO
Trimestrale =
Semestrale
Annuale
Prima Rata / Primo Premio 600
<b>€</b> 60

# **MODALITÀ DI PAGAMENTO**

PRIMO PREMIO / PREMI SUCCESSIVI
(BARRARE LA MODALITÀ SCELTA)

### **PRIMO PREMIO**

	PREMI SUCCESSIVI  Addebito diretto SEPA a favore di FWU Life Insurance Lux S.A. (compilare la sezione per l'autorizzazione al pagamento tramite addebito diretto SEPA)			
	CBILL – Avviso di pagamento inviato da FWU Life Insurance Lux S.A. tramite Banca Nel caso di pagamenti a favore di soggetti diversi da "FWU Life Insurance Lux S.A." ovvero di pagamenti effettuati con modalità diverse da quelle sopra indicate, la Società intenderà il pagamento come non effettuato. Avvertenza: tutte le forme di pagamento devono essere indirizzate a favore di conti intestati alla Società.			
	AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE ADDEBITO DIRETTO SEPA			
	CODICE IDENTIFICATIVO DEL CREDITORE			
	IT50001000094093500216 Identificativo del mandato:			
	numero di polizza			
	T948893			
	IBAN TIPO PAGAMENTO			
	Pagamento ricorrente			
	IT9839482394A984928293B 📁			
	INTESTATARIO DEL CONTO			
	Sig.			
	Sig.ra			
	Soc.			
	Cognome / Ragione Sociale			
	Cerisol			
	Nome			
	Marco			
	Indirizzo  Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisci elit, sed eiusmod tempor incidunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrum exercitationem ullam corporis suscipit laboriosam, nis ut aliquid ex ea commodi consequatur.			
	Numero			
	Numero 422342			
	422342 CAP			
	422342			
	422342  CAP 16030  Città			
	422342 <b>CAP</b> 16030			
	422342  CAP 16030  Città			

**Codice fiscale** 

**CFJNDSJFNDFJ** 

Partita IVA

24342

F

# IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE E DICHIARAZIONI IN OSSERVANZA ALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO E ANTITERRORISMO

# PAGATORE Contraente Persona diversa dal Contraente (si prega specificare di seguito) COGNOME, NOME / RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSO DA CONTRAENTE) Sig. Sig. Sig.ra Soc. Cognome / Ragione Sociale Cerisola Nome

### **RESIDENZA / SEDE LEGALE**

### Indirizzo

Marco

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisci elit, sed eiusmod tempor incidunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrum exercitationem ullam corporis suscipit laboriosam, nisi ut aliquid ex ea commodi consequatur.

Numero

45223424

САР

16049

Città

Sestri Levante

Provincia

GE

DATA E LUOGO DI NASCITA

Data di nascita 23/05/2019

Luogo di nascita

Chiavari

Provincia

GΕ

Stato di nascita 17/05/2019

**CODICE FISCALE / PARTITA IVA** 

Codice fiscale

(	CROSKDOAJSDO78S		
	Partita IVA 324234234		
	Relazione con il Contraente Padre		
	Professione Avvocato		
	Settore economico Economia		
	======================================		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE		
	Carta d'identità 📮		
	Carta d Identita		
	Patente		
	Passaporto		
	Numero del documento 4234234		
ı	Data di emissione 18/05/2019		
ı	Data di scadenza 21/05/2019		
	Autorità emittente Padre		
	<b>Luogo di emissione</b> Chiavari		
	Chiavari		
	Chiavari  IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  II versamento è effettuato in conto proprio  II versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.  Sig.  Soc.		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.  Sig.ra		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.  Sig.ra  Soc.  Cognome / Ragione Sociale		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.  Sig  Sig  Cognome / Ragione Sociale Cerisola Nome Mirco		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.  Sig. ra  Soc.  Cognome / Ragione Sociale Cerisola Nome		
	IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE  Il versamento è effettuato in conto proprio  Il versamento è effettuato per conto di terzi  NOME ED INDIRIZZO DELLA PERSONAPER CONTO DELLA QUALE È EFFETTUATO IL VERSAMENTO  Sig.  Sig.  Soc.  Cognome / Ragione Sociale Cerisola Nome Mirco  RESIDENZA / SEDE LEGALE		

assytech.websitedemocenter.com

14

<b>98</b> 039
Città Sestri Levante
<b>Provincia</b> GE
DATA E LUOGO DI NASCITA
Data di nascita 16/05/2019
<b>Luogo di nascita</b> Chiavari
<b>Provincia</b> GE
Stato di nascita <sub>14/05/2019</sub>
CODICE FISCALE / PARTITA IVA
Codice fiscale
dhashasDIHSADA
<b>Partita IVA</b> 234238479238723
IL PREMIO VERSATO PROVIENE DA
Reddito professionale
Risparmio
Eredità
Altro
Specificare le altre origini del versamento
DOMANDA DI ADESIONE A
O Socio Ordinario(Se il richiedente è persona fisica)
Socio Partecipante (Se il richiedente è persona giuridicae/o associazione) Socio
Domanda di adesione numero 9852904584
<b>Convenzione</b> 49023840923
Cod. Informatore 238490234
DATI DEL RICHIEDENTE
Cognome/Ragione Sociale
cERISOLA

Nome (in caso di azienda inserire Nome e Cognome del legale rapp.)

 ${\sf cERISO}$ 

**SESSO** 

Luogo di nascita

Chaivari

Prov.

GΕ

Data di nascita 15/05/2019

Nazionalità

### **Codice Fiscale/Partita IVA**

### Indirizzo domicilio

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisci elit, sed eiusmod tempor incidunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrum exercitationem ullam corporis suscipit laboriosam, nisi ut aliquid ex ea commodi consequatur.

CAP

16039

Località/Frazione

Sestri Levante

Prov.

GΕ

Telefono

353423423

Cellulare

423423423423

E-mail

mirco@ndsjnfsj.it

**Professione** 

Giardiniere

### **TIPO DOCUMENTO**

C.I. PAT PASS.

**Numero documento** 

48927

Ente di rilasci o e luogo

Comune

Data di rilascio 24/05/2019

Data di scadenza 10/05/2019

**SUSSIDIO PRESCELTO** 



В

C

**CONTRIBUTO ANNUO** 

**€** 6000 7000 5000 **COPERTURA SCELTA** Singolo Nucleo Singolo | Nucleo Singolo Nucleo FRAZIONAMENTO DEL PAGAMENTO Mensile Trimestrale Semestrale **Annuale** IN CASO DI FRAZIONAMENTO È OBBLIGATORIO COMPILARE IL MODELLODI ADDEBITO SEPA. Riepilogo quote e contributi associativi per richiedente socio ordinario o fruitore Quota associativa di base annuale (non detraibile) € 30,00 Contributo associativo di base annuale € 30,00 Quota associativa socio fruitore € 30,00 Contributo aggiuntivo del sussidio prescelto (A+B+C) € 30,00 Contributo volontario € 30,00 **TOTALE QUOTA DA VERSARE** € 30,00 Addebito SEPA (compilare correttamente il modello allegato per pagamento Sepa Bollettino di Conto Corrente Postale intestato a Aglea Salus - CC Numero 1027834157 Bonifico Bancario intestato a Aglea Salus - IBAN IT50J0878739220000000 0 40738 ASSEGNO CIRCOLARE O BANCARIO NON TRASFERIBILE N°

78687687

### I NTESTATO A AGLEA SALUS S.G.M.S.

Bonifico Postale intestato a Aglea Salus - IBAN IT95U0760103200001027 83 4157

N.B.: NON SARANNO RITENUTE VALIDE ALTRE MODALITÀ DI PAGAMENTO AL DI FUORI DI QUELLE SOPRAELENCATE ED INTESTATE SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AD AGLEA SALUS



O Se stesso e i propri familiari O Uno o più dei suoi familiari O Solo se stesso
Familiari da garantire
Familiare 1 - Nome e Cognome Cairo e sempronio
Data e Luogo di nascita 22/05/2019
Familiare 2 - Nome e Cognome
Data e Luogo di nascita gg/mm/aaaa
Familiare 3 - Nome e Cognome
Data e Luogo di nascita gg/mm/aaaa
Familiare 4 - Nome e Cognome
Data e Luogo di nascita gg/mm/aaaa
Familiare 5 - Nome e Cognome
Data e Luogo di nascita gg/mm/aaaa
Grado di parentela: 1 (Coniuge), 2 (Convivente), 3 (Figlio/a)
Grado di parentela Padre
Professione Sanitaria
C.F. CRRREIRUIE89IEURIE
SUSSIDIO SCELTO
○ A ○ B ○ C
Grado di parentela
Professione
C.F.
SUSSIDIO SCELTO
○ A ○ B ○ C

Grado di parentela

Professione	
C.F.	SUSSIDIO SCELTO  A B C
Grado di parentela	
Professione	
C.F.	SUSSIDIO SCELTO  A B C
Grado di parentela	
Professione	
C.F.	SUSSIDIO SCELTO  A B C
	Codice IBAN del conto corrente (2)
codice paese Italia	
check digit 53453	
<b>CIN</b> 4543	
<b>ABI</b> 2343242342	
<b>CAB</b> 5454343453	
Numero di conto corrente(il campo deve contenere 12 caratteri) 453453554	
	Intestazione e indirizzo del Socio (3)
Nome e Cognome/ Ragione Sociale Cerisola	
Indirizzo via Area	
CAP/Città	

assytech.websitedemocenter.com

16056

**Codice fiscale** 

**CJNRJNEWIRJIMD** 

Email

mirdaofak@gmail.com

Cellulare

534534535

# Intestazione e indirizzo dell'intestatario del c/c di addebito (4)



### (DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI IL CORRENTISTA SIA DIVERSO DAL SOCIO)

Nome e Cognome/ Ragione Sociale

cerisola

Indirizzo

via Traiano

CAP/Città

Roma

**Codice fiscale** 

FSKJFKOSNFODSI43

Email

mirconòkdsnfks@sdjknfjk.com



Cellulare

84573

Inviare