



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

DATI DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a _____			
Codice Fiscale _____			
Nato/a a _____	Provincia _____	Il _____	
Residente a _____	Provincia _____	C.A.P. _____	
Indirizzo _____		N° _____	

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, ai seguenti indirizzi e-mail: assistenza@fondopmisalute.it e segreteria@confimimeccanica.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.