

Alla cortese attenzione del

FIAM - Fondo Integrativo Assistenza Malattia
Via San Francesco d'Assisi, 8 24121 Bergamo
Cod. ufficio H3974

mail: fondo.malattia@bancobpm.it

ADESIONE AL CICLO DI CHECK-UP 2023/2024

Adesione dell'Associato:

.....
(matr.) (cognome e nome dell'Associato) (recapito telefonico)

Adesione del Familiare iscritto al Fondo:

.....
(cognome e nome del Familiare) (data di nascita)

Scelta del Centro Medico:

- | | | |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Casa di Cura Beato Palazzolo | Bergamo |
| <input type="checkbox"/> | Humanitas Castelli (ex Clinica Castelli) | Bergamo |
| <input type="checkbox"/> | Habilita – Poliambulatorio San Marco | Bergamo |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia (ex CAM) | Monza |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia - Centro San Nicolò | Como |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Data Medica | Padova |
| <input type="checkbox"/> | Synlab Italia – Il Baluardo | Genova |
| <input type="checkbox"/> | Fondazione Poliambulanza | Brescia |
| <input type="checkbox"/> | H San Raffaele Resnati | Milano |
| <input type="checkbox"/> | Centro Medico BIOS | Roma |

Autorizzazione di addebito:

Il/La sottoscritto/a autorizza il FIAM Fondo Integrativo Assistenza Malattia ad addebitare, sul proprio conto corrente, il costo del Check-up, al netto della quota di rimborso (quota a carico del Fondo), come indicato nei "protocolli sanitari", di cui ho preso visione.
In fede,

firma

Adesione di altri familiari, anche NON iscritti al Fondo (costo interamente a carico del richiedente):

.....
(cognome e nome) (data di nascita)

.....
(cognome e nome) (data di nascita)