

Spett.le
Gargano Vita – Mutua del Credito Cooperativo
Viale Aldo Moro, 9
71013 – San Giovanni Rotondo (FG)

DICHIARA

è stato sottoposto a visita specialistica come da documentazione allegata:

- CHIEDE** il risarcimento ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi a mezzo bonifico:

[illegible]

☐ dò il consenso ☐ nego il consenso

(data)

(firma)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno ____? ☐ SI ☐ NO

☐ Assenso alla liquidazione della somma di € _____ per gg. _____ in data _____

☐ NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Data

(per l'ufficio della SMS)

(per il Consiglio della SMS)