

Associazione per l'assistenza sanitaria integrativa ai
lavoratori della TPER e mobilita'

RICHIESTA DI PRESTITO ODONTOIATRICO

Io sottoscritto/a ----- Matr -----

Nato/a a ----- Il -----

Residente a ----- C.A.P. -----

In Via/Piazza ----- N° -----

CHIEDO

Al Consiglio di Amministrazione dell' Associazione, alla quale sono regolarmente
iscritto, la concessione di un prestito di Euro -----

Euro (in lettere) -----

Ai sensi dell'art 10 del vigente Regolamento.

A tale scopo allego, come prescritto, il preventivo delle cure da effettuare

Bologna il -----

Firma -----