

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ C.F. _____ residente a

_____ Via _____ CAP _____

tel _____ intestatario della fattura n° _____

autorizza l'accredito del rimborso a favore di.

_____ nato/a _____

il _____ C.F. _____ residente a

_____ Via _____ CAP _____

tel _____

Si allegano copie dei documenti d'identità e delle tessere sanitarie di entrambi.

Intestatario fattura

Intestatario IBAN
