

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

B/B POS PAY RID C.C.

SOCIO N° .....

DATA .....

NOTE .....

Al Consiglio di Amministrazione

### DOMANDA DI ADESIONE A SOCIO ORDINARIO

Io sottoscritto ..... M  F   
(cognome) (nome) (sesso)

Nato a ..... il .....

Residente in ..... CAP .....

Via ..... N° .....

(Domicilio se diverso dalla residenza) .....

Tel. .... Cell. ....

Attività esercitata ..... C.F. ....

Indirizzo mail (per newsletter e convocazione Assemblea dei Soci) .....  
(obbligatorio)

Iban (per eventuale rimborso) .....

Come è venuto a conoscenza della Società .....

**Preghiamo di comunicare senza indugio la eventuale variazione dei dati forniti**

### DOMANDA

di essere iscritto alla SSMS Società Sanitaria di Mutuo Soccorso, al fine di usufruire delle attività assistenzialistiche riservate ai soci.  
(Richiede, inoltre, l'iscrizione dei familiari risultanti dallo stato di famiglia di divenire associati ai medesimi effetti. Essi delegano il titolare a tenere i rapporti con la S.S.M.S. in qualità di socio, in particolare per quanto riguarda i versamenti dei contributi associativi.)  
**Allegata ricevuta delle quote di iscrizione e dichiarazione sostitutiva di certificato ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.**

È possibile pagare:

- Tramite POS, Carta di Credito o Assegno presso il punto SSMS di Via Cibrario 49/A 10143 Torino
- Tramite SATISPAY
- Mediante carta di credito on-line direttamente dal sito web
- Tramite Bonifico Bancario:

Società Sanitaria di Mutuo Soccorso - IBAN IT64K0883301000000130112030

Causale: Nome e Cognome del Socio - Adesione alla Società Sanitaria di Mutuo Soccorso

**Qualora il CDA deliberi la mia ammissione a Socio Ordinario richiedo la seguente forma di assistenza, impegnandomi a versare il contributo annuo corrispondente:**

**PERSONAL**   
**112 euro**

**FAMILY\***   
**175 euro**

**FAMILY PLUS\***   
**195 euro**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione, conoscere ed accettare lo Statuto ed il Regolamento consultabili sul sito [www.mutuaprivata.com](http://www.mutuaprivata.com), impegnandosi ad osservarli integralmente.

**\*Per le coperture Family e Family Plus compilare e restituire anche la dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia.**

Prendo atto che per usufruire dell'assistenza della mutua, dovrò esibire presso l'Istituto in cui eseguirò la prestazione la Card e un documento d'identità.

Data .....

In fede .....