

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO					
B/B	PT	POS	PAY	RID	C.C.
SOCIO N° .....					
DATA .....					
NOTE .....					

Al Consiglio di Amministrazione della  
**SSMS - Società Sanitaria di Mutuo Soccorso**  
Via Cibrario 49/A - 10143 Torino

## MODIFICA DI ADESIONE

**Compilare e spedire a: SSMS - Società Sanitaria di Mutuo Soccorso - Via Cibrario 49/A - 10143 Torino**

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

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

Codice Fiscale .....

### DOMANDA

di essere iscritto alla SSMS Società Sanitaria di Mutuo Soccorso al fine di usufruire di tutti i servizi riservati ai soci.  
(Richiede inoltre l'iscrizione dei familiari risultanti dallo stato di famiglia, i quali ugualmente con la firma apposta domandano di divenire associati ai medesimi effetti, e 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.)  
In attesa dell'esito della presente domanda **allega la ricevuta della quota da pagare per il cambio Copertura Sanitaria**, e l'allegata dichiarazione sostitutiva di certificato ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

**Per l'integrazione della Copertura Sanitaria la quota da pagare sarà Euro** .....

### COORDINATE BANCARIE SSMS

Società Sanitaria di Mutuo Soccorso - IBAN IT64K0883301000000130112030  
Causale: Adesione alla Società Sanitaria di Mutuo Soccorso

### Richiedo il seguente cambio di CARD:

DA:	PERSONAL	<input type="checkbox"/>	FAMILY*	<input type="checkbox"/>	FAMILY PLUS*	<input type="checkbox"/>
A:	PERSONAL	<input type="checkbox"/>	FAMILY*	<input type="checkbox"/>	FAMILY PLUS*	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento consultabili sul sito [www.mutuaprivata.com](http://www.mutuaprivata.com), impegnandosi ad osservarli integralmente.

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

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

Data .....

In fede .....