



Richiesta di Copertura Assicurativa della Responsabilità Civile Verso Terzi di ASD

Denominazione Club:

Codice fiscale.....P.Iva

Via..... cap.....Città.....Prov.....

Tel.....e-mail ASD:

Responsabile:

Socio ASD FIVL n°:

E-mail Responsabile:

Cell. Responsabile:

Concessa alle Associazioni della ASD FIVL

con scadenza annuale dalla stipulazione, costo € 200,00 da versare al momento della sottoscrizione con: **BONIFICO BANCARIO su UNICREDITBANCA
IBAN IT 16 P 0200801122 000101160192 INTESTATO a ASD FIVL.**

.

Data della richiesta.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Ai sensi della legge 675/96, la comunicazione dei vostri dati verrà intesa come esplicita manifestazione di consenso al trattamento degli stessi al fine della gestione dell'operazione.