



## **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.