



Spettabile

FONDO PENSIONE MEDICI

00195 ROMA Via Costantino Morin, 45

Fax 06 37 35 08 80

Pag.1+.....

E-mail info@fondopensionemedici.it

MODULO VERSAMENTO CONTRIBUTI PERSONALI STRAORDINARI

Il Sottoscritto

Nato/a a il prov.....

residente a Via

Tel..... e-mail

e titolare di una posizione previdenziale accesa presso il Fondo Pensione Medici, dichiara di aver

effettuato nel mese di APRILE OTTOBRE

il versamento di € _____, _____ in lettere _____ / _____

attraverso bonifico bancario intestato al Fondo Pensione Medici sulle seguenti coordinate bancarie:

IBAN IT 85 F 03136 15001 000050102375 presso la Banca del Lavoro e del Piccolo Risparmio

CAUSALE : _____ // contributo volontario

(codice fiscale)

Il presente modulo, unitamente ad una copia dell'ordine di bonifico, viene trasmesso al Fondo a mezzo E-MAIL / FAX consapevole che il mancato invio potrebbe ripercuotersi sul puntuale investimento del contributo.

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e della correttezza di dati e delle informazioni fornite nel presente modulo.

Data

Firma dell'interessato

.....

.....

Modalità operative

1. **Bonificare l'importo desiderato sul conto Banca del Lavoro e del Piccolo Risparmio – c/c intestato a FONDO PENSIONE MEDICI, IBAN IT 85 F 03136 15001 000050102375, con causale “codice fiscale – contributo volontario”**
2. **Non appena disposta l'operazione di bonifico, invio di copia del presente modulo, unitamente alla disposizione bancaria, al numero di fax della Segreteria del Fondo Pensione Medici (fax 06/37350880)**