

CAMPAGNA VISITA MEDICO SPORTIVA SOCI E FIGLI MINORI DEI SOCI
2025

Spett.le
Mutua Valdarno Fiorentino - ETS
Via B. Latini, nr. 61
CAP 50066- Località (Reggello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
prov. _____ il ____ / ____ / ____ e residente a _____
prov. _____ indirizzo _____ codice fiscale _____,
in qualità di Associato di Mutua Valdarno Fiorentino ETS,

presa visione del Regolamento dell'iniziativa Campagna "Visita medico sportiva soci e figli minori dei soci 2025",
segnatamente alle "Condizioni di accesso e limiti", "Esclusioni dal beneficio", "Decorrenza della campagna e termini
di accesso al beneficio",

RICHIEDE

Il sussidio di 40 euro cad. per la visita medico sportiva 2025 per:

- Uso personale
- Figlia/o minore – nome _____
- Figlia/o minore – nome _____
- Figlia/o minore – nome _____

Allego copia ricevuta/fattura n. _____ del _____

(data)

(firma)