

DICHIARAZIONE SCONTO SOCI E FAMILIARI CONVIVENTI

LA/IL SOTTOSCRITTA/O.....

NATA/O a.....il.....

CODICE FISCALE

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere SOCIA/O della Cooperativa Codess FVG, in forza presso il servizio

.....

CHIEDE

di usufruire dello sconto del 15% sulle prestazioni sanitarie erogate ai componenti del proprio nucleo familiare:

coniuge/convivente di fatto*

figlia/o convivente*

se stessa/o

*COGNOME e NOME.....

NATA/O a.....il.....

CODICE FISCALE

In fede

Firma della/del Richiedente

La presente dichiarazione deve essere presentata alla segreteria di POLIMEDICA accompagnata da una copia di un documento di riconoscimento in corso di validità nel caso in cui la/il dichiarante non fosse presente.