

INDICARE I PROPRI DATI ANAGRAFICI

Cognome / Nome	Codice Fiscale	Data di Nascita	Indirizzo mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SELEZIONARE IL PACCHETTO CHE SI DESIDERA ACQUISTARE

PACCHETTO DA ACQUISTARE	COSTO ANNUO	ATTIVAZIONE*
1)BASE	€ 350,00	X
2)PACCHETTO CURE DENTARIE	€ 275,00	
3)PACCHETTO FISIOTERAPIA	€ 150,00	

OBBLIGATORIO

DATA

FIRMA

Limite di età di ingresso: 70 anni

\*indicare una x nel caso in cui si vuole acquistare i pacchetti opzionali 2 e 3; l'acquisto di un pacchetto non esclude l'altro.

Il presente modulo compilato e firmato è da inviare a :

**Patrizia Barizza**

[Edvige.patrizia.barizza@aon.it](mailto:Edvige.patrizia.barizza@aon.it)

fax : +39.02.45.463.294

tel.: + 39.02.45434.294