GESTIONE PROFESSIONISTI EBIPRO

CONF PROFESSIONI confederazione italiana libere professioni

PIANO ASSISTENZA PROFESSIONISTI

MODULO COPERTURA INTEGRATIVA

INFORTUNI AVVOCATI

INVIARE SOLO QUALORA L'ACQUISTO DELL'ATTIVAZIONE NON SIA EFFETTUATO DIRETTAMENTE IN BEPROF (WWW.BEPROF.IT O APP BEPROF)

PER LA RICHIESTA DI:

ATTIVAZIONE DI COPERTURA INTEGRATIVA INFORTUNI AVVOCATI PER I TITOLARI DI COPERTURA AUTOMATICA O VOLONTARIA BASE O PREMIUM

L'INVIO DI QUESTO MODULO ATTIVA LA GENERAZIONE DEL BOLLETTINO MAV PER IL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI RELATIVI ALLA COPERTURA RICHIESTA

Studio/Società _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail *_____

***Indicare l'indirizzo e-mail dello studio a cui saranno inviati i bollettini MAV**

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Partita IVA __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Tipo:
- ☐ Studio Associato
- ☐ Società
- ☐ Cooperativa
- ☐ Studio individuale
- ☐ Altro (specificare _____)

Area:
- ☐ Economico Amministrativa
- ☐ Giuridica
- ☐ Medico Sanitaria e Odontoiatrica
- ☐ Tecnica
- ☐ Altro (specificare _____)

Codice Fiscale Legale Rappresentante _____ Numero Professionisti/Soci/Associati _____

Indicare di seguito i dati dei Professionisti/soci/associati/collaboratori esterni per i quali si chiede la copertura integrativa INFORTUNI AVVOCATI.

1. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Qualifica[1] _____

e-mail _____

2. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Qualifica[1] _____

e-mail _____

1 Nel Campo Qualifica indicare se trattasi di Socio, Associato o Collaboratore esterno.

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000:

- di essere stato autorizzato dai soggetti indicati nella presente richiesta a comunicare i dati dei medesimi così come sopra indicati;
- di aver preso visione del Regolamento della Gestione Professionisti riportato integralmente sul sito internet www.gestioneprofessionisti.it;
- di essere informato che, per l'attivazione delle coperture volontarie richieste deve essere effettuato il versamento dei contributi aggiuntivi previsti, nei termini e con le modalità indicate nel Regolamento citato;
- di aver preso visione dell'informativa sulla privacy presente nel sito www.gestioneprofessionisti.it;
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comunicati nella presente richiesta per le finalità indicate nell'informativa secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679.

Data _____ **Firma del datore di lavoro** _____

Inviare il presente modulo a **gestioneprofessionisti@ebipro.it**