

MODULO COPERTURE VOLONTARIE

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

PER LA RICHIESTA DI:

- **ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA BASE O PREMIUM PER PROFESSIONISTI NON TITOLARI DI COPERTURA AUTOMATICA**
- **INCREMENTO DELLA COPERTURA DA BASE A PREMIUM PER PROFESSIONISTI TITOLARI DI COPERTURA AUTOMATICA**

L'INVIO DI QUESTO MODULO ATTIVA LA GENERAZIONE DEI BOLLETTINI MAV PER IL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI RELATIVI ALLE COPERTURE RICHIESTE.

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 una copertura volontaria.

1. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

Qualifica: Titolare Socio Associato Collaboratore esterno

Se Collaboratore esterno compilare i campi seguenti:

Iscritto all'Albo _____ Ordine di _____ N° P.IVA _____

Tipo Copertura: BASE PREMIUM

2. Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

Qualifica: Titolare Socio Associato Collaboratore esterno

Se Collaboratore esterno compilare i campi seguenti:

Iscritto all'Albo _____ Ordine di _____ N° P.IVA _____

Tipo Copertura: BASE PREMIUM

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

Modello EGP 10/11/2020