

FAX
Conferma Incasso

SOCIETÀ _____ FAX _____

RIFERIMENTO _____ TEL _____

A: **ASSIMEDICI**

FAX **02.48.00.94.47**

ALLA CORTESE ATTENZIONE DELL UFFICIO AMMINISTRATIVO

C O P E R T U R A P O L I Z Z A

VI PREGHIAMO VOLER REGISTRARE A COPERTURA

CONTRAENTE: _____

SCADENZA DELLE POLIZZE _____

POLIZZA N. _____ COMPAGNIA _____

POLIZZA N. _____ COMPAGNIA _____

POLIZZA N. _____ COMPAGNIA _____

POLIZZA N. _____ COMPAGNIA _____

POLIZZA N. _____ COMPAGNIA _____

ABBIAMO REGISTRATO A CASSA €. _____, _____

SEGUE VERSAMENTO COME DA ACCORDI.

Firma _____

DATA _____ NUMERO PAGINE INC.COPERTINA _____