

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico _____ Città _____
Via/Piazza _____ dove è stato sottoposto a trattamento dialitico
nell'anno _____ .

Allega:

- Certificato del Centro Dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche;
- Attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

Il/la sottoscritto/a chiede che i contributi siano versati

- sul proprio C/C o sul C/C di _____ nato/a il ___/___/_____ a
_____ (prov) _____ Codice Fiscale _____
da me delegato/a alla riscossione
n. IBAN _____ Banca _____
Agenzia _____ Città _____
Data ___/___/_____ Firma _____

Informativa ai sensi della normativa sulla tutela dei dati personali (Regolamento Ue 679/2016)

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta normativa europea. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento europeo 679/2016.

Data ___/___/_____

Firma _____