



Richiesta di Copertura Assicurativa della Responsabilità Civile Verso Terzi di ASD

Denominazione Club: _____

Codice fiscale _____ P.Iva _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ e-mail ASD _____

Responsabile _____

Socio ASD FIVL n° _____

E-mail Responsabile _____

Cell. Responsabile _____

Concessa alle Associazioni della ASD FIVL

**con scadenza annuale dalla stipulazione, costo € 200,00 da versare al momento della
sottoscrizione con: BONIFICO BANCARIO su**

UNICREDITBANCA IBAN IT 16 P 0200801122 000101160192 INTESTATO a ASD FIVL.

Data della richiesta _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Ai sensi della legge 675/96, la comunicazione dei vostri dati verrà intesa come esplicita manifestazione di consenso al trattamento degli stessi al fine della gestione dell'operazione.