

MODULO VERSAMENTO CONTRIBUTI VOLONTARI**1. DATI DELL'ISCRITTO**

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita ____/____/____
Comune (Stato estero) di nascita _____ Provincia _____
Comune di residenza _____ Provincia _____ Cap _____
Indirizzo residenza _____ N. _____
Indirizzo e-mail _____ Telefono _____

2. DATI VERSAMENTO

Il sottoscritto, titolare di una posizione previdenziale presso il Fondo e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA DI AVER EFFETTUATO UN VERSAMENTO

effettuato nel mese di: ☐ APRILE ☐ OTTOBRE

di Euro ____/____ (in lettere _____/____)

con valuta di bonifico ____/____/____ fissa per il beneficiario

sul seguente C/C codice IBAN: **IT 60 N 05262 15001 CC1350102375**

Intestato a: **Fondo Pensione Medici**

presso: **Banca Popolare Pugliese**

Causale: " _____ - contributo volontario"
(codice fiscale)

Luogo _____, data ____/____/____ Firma _____

MODALITA' OPERATIVE

Il presente modulo, unitamente ad una **copia dell'ordine di bonifico**, dovrà essere trasmesso al Fondo secondo le seguenti modalità:

- o tramite posta, al seguente indirizzo: Via Rodi, 24 - 00195 Roma
ovvero
- o via PEC, all'indirizzo: segreteriafondopensionemedici@pec.it

Il mancato invio al Fondo del "Modulo di versamento contribuzione volontaria" e di copia dell'ordine di bonifico effettuato potrebbe comportare ritardi nelle operazioni di investimento, riconciliazione e attribuzione della somma versata sulla posizione dell'iscritto.