

Richiesta di invio di copia delle fatture

In futuro desidero che una copia di tutte le fatture inviate direttamente alla mia assicurazione malattie sia automaticamente recapitata per posta al mio indirizzo.

☐ Signora ☐ Signor

Data di nascita

Nome

Cognome

Via, n°

NPA, Località

Luogo e data

Firma

Stampa formulario