

## 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. Mi assumo di persona la responsabilità per un utilizzo accurato delle informazioni contenute nelle copie delle fatture inviate all'indirizzo qui sotto indicato.

Signora    Signor

Data di nascita

Nome

Cognome

Via, n°

NPA, Località

Luogo e data

Firma

Stampa formulario