Spett.le
FASCHIM c/o SDS
Via Fiume Bianco 56
00144 ROMA RM

Data, ……

Oggetto: **Procura all'incasso per il rimborso spese del/la defunto/a Sig./ra**_____

_____

Con la presente, il/i sottoscritto/i (*indicare in stampatello cognome e nome di tutti gli eredi legittimi*)

_____

_____

_____

a) dichiara/no di essere il/i legittimo/i erede/i del/la defunto/a Sig./ra _____

_____ ;

b) dichiara/no di delegare all'incasso del rimborso spese sanitarie il/la Sig./ra _____

_____, il cui recapito telefonico è: _____ ;

c) dichiara/no di volere che il rimborso sia eseguito tramite:

❑ bonifico

(è necessario indicare le coordinate bancarie - codice IBAN di 27 caratteri, rilevabili dall'estratto di conto corrente - e il nominativo dell'intestatario c/c, delegato all'incasso):

I	T																									

Intestatario del c/c: *(Cognome e nome)* _____

❑ assegno *(7,5 € verranno detratti dal rimborso per spese di invio a mezzo assicurata, come da Regolamento)*

e allego/hiamo alla presente:
- certificato di morte del defunto, in originale,
- fotocopia di documento di identità di tutti gli eredi
- fotocopia di codice fiscale di tutti gli eredi.

Firma di tutti gli eredi legittimi

_____

_____

_____

_____

Allegati