

**SCHEDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE NON VINCOLANTE PER LA  
SOTTOSCRIZIONE DI POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA DELLA SOCIETÀ DI MUTUO  
SOCCORSO CESARE POZZO**

da inviare via mail a: [assdi.centrale@assdinazionale.it](mailto:assdi.centrale@assdinazionale.it) entro il 31 Marzo 2020

Il/la Sottoscritto/a.....

Cell. Personale .....

Mail personale .....

Manifesta l'interesse non vincolante a sottoscrivere, tramite ASSDINTESA,

**Assistenza base "Tutela 804"**

**Assistenza base "Tutela 1200"**

Eventuali beneficiari aventi diritto (con riferimento al proprio nucleo familiare) n. ....

Data.....

Firma.....