

AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto _____

Nato a: _____ il _____

Residente a: _____

Via/Piazza: _____ N. _____

documento di riconoscimento _____ N. _____

rilasciato da: _____ il _____

Titolare carta di credito VISA n. _____

Titolare carta di credito Mastercard n. _____

Scadenza: _____

AUTORIZZA

La S.I.M.G. Società Italiana di Medicina Generale

A prelevare dalla carta di credito sopra descritta:

L'importo di:

€(.....)

_____ li, _____

firma e timbro