

Spett.le
Agenzia Generale
Unipol Assicurazioni
Ufficio Convenzioni
Via dei Remi, 26
00122 Roma

Oggetto: richiesta di accreditamento convezione **Edilcassa del Lazio**

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov. _____

il _____ codice fiscale _____ partita IVA _____

ubicazione Studio Medico/Ambulatorio Odontoiatrico/ Studio Associato:

Comune _____ Prov. _____ C.a.p. _____

Via/Piazza _____ n° _____

Tel. _____ Fax _____ Automatico SI NO

E-mail _____

Orario di apertura _____

Coord. Bancarie: Cin _____ Cab _____ Abi _____ C/C _____

Firma del Legale rappresentante
