

## RIMBORSO RC CAPOFAMIGLIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

il rimborso di **euro 10** per la copertura Rc Capofamiglia per l'anno 2015.

Il rimborso dovrà essere effettuato su c/c intestato a \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

A tal fine si allega copia ricevuta bonifico effettuato a pagamento del premio sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il rimborso dovrà essere richiesto entro e non oltre il 30/01/2015**

