



RICHIESTA DUPLICATO

CIRCOLO DIPENDENTI SANITA' OVEST VERONESE

Il sottoscritto/a _____

titolare della tessera n° _____

CHIEDE

Il rilascio del duplicato della propria tessera per

- Smarrimento
- Furto

Si allega alla presente:

- Fototessera
- Copia del bonifico di € 5,00 (cinque)

Data _____

In fede

(firma leggibile)