



MODULO RECESSO

Da inviare compilato e firmato a F.I.M. Via V .Veneto, 1/A 33170 PORDENONE
(e-mail: segreteria@fimvaloresalute.it)

Il/La sottoscritto/a Associato/a _____ matr. _____

comunica che

a partire dal ____ / ____ / _____, intende recedere dall'iscrizione al FIM per sé e i propri familiari iscritti

Cordiali saluti.

data

firma dell'Associato/a