

Data Sottoscrizione



Nome

Cognome

Tipologia Associato

Incaricato alla Vendita a Domicilio

Stato civile

Professione

Indirizzo e-mail

Cellulare

Telefono fisso

**Foto o Scansione Leggibile dei Documenti:**

- **Carta Identità Fronte e Retro**
- **Tessera Sanitaria Fronte e Retro**
- **Distinta del Bonifico**

**Senza Pensieri Start**

Singolo

Nucleo

Mensile

Unico

**Senza Pensieri Medium**

Singolo

Nucleo

Mensile

Unico

**Senza Pensieri Evolution**

Singolo

Nucleo

Mensile

Unico

Socio Fruitore



**Quota Associativa Annuata 180 €**

Ridotta per il primo anno a 15 €

Data

Luogo

**Nome della Banca:** BPER BANCA

**Beneficiario:** Finamar Health Care **IBAN:**

IT7100538703001000003793412

Lettera "O"

**CAUSALE:** Quota associativa annuale + "Nome e Cognome"

Firma dell'associato

Associato presentato da

**Indirizzo:** Via della Piscina Eden Rock 2 06083 Bastia Umbra (Pg)

**P.iva:** 94173740542 **Codice fiscale:** 94173740542

**Contatti email:** [elysium@elysiumsgms.eu](mailto:elysium@elysiumsgms.eu)

**Sito Web:** [elysium.eu](http://elysium.eu)

**NB:** Il pagamento sia esso della quota associativa che della quota del Sussidio sanitario deve essere effettuato esclusivamente dal c/c e/o carta ad esso riconducibile

## Se Viene Scelta la Formula Nucleo

Riportare i dati dei componenti del nucleo familiare, allegare scansione dei documenti dei componenti (Carta d'identità e tessera Sanitaria)

Nome e Cognome	!	Data di nascita	!	Luogo di nascita		Codice fiscale	!	Legame di parentela

La informiamo che, ai sensi dell'art 83, comma 5 del dlgs 117/2017, il socio potrà detrarre dalle proprie imposte i contributi versati nei limiti previsti dalle normative vigenti. Tali contributi, per essere fisicamente agevolati, devono essere sostenuti dal sottoscrittore: si invita a verificare, pertanto, l'intestazione del c/c di addebito e il documento emesso dall'istituto di credito. Nel caso in cui il c/c fosse cointestato con altri soggetti, la invitiamo a riportare solamente il nominativo del sottoscrittore, tralasciando eventuali cointestari.

\*\*\* La durata della promozione Più Valore è stabilita in 24 Mesi "La promozione è ripetibile con una nuova sottoscrizione"

**NB: Il pagamento sia esso della quota associativa che della quota del Sussidio sanitario deve essere effettuato esclusivamente dal c/c e/o carta ad esso riconducibile**

**Modulo di accettazione Incarico**  
(forma abbreviata)  
**LETTERA DI INCARICO ALLA VENDITA DIRETTA A DOMICILIO SENZA VINCOLO DI  
SUBORDINAZIONE EX ART 3 co III L 173/2005**

Gentile incaricato/ \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Recapito Tel / Cell . \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Presentato da: \_\_\_\_\_  
Ruolo \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

### Dichiara

Di accettare l'incarico alla vendita diretta a domicilio senza vincolo di subordinazione EX ART. 3 co III L 173/2005.

### Altresì

Dichiaro di aver preso visione delle condizioni del presente incarico e di sottoscrivere il presente accordo, specificamente, le parti del contratto;

- ✓ CONDIZIONI REGOLANTI I COMPITI E L'INCARICO DEI VENDITORI DIRETTI A DOMICILIO
- ✓ INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13D.LGS 196/03 e al GDPR 2016/679 del 27 Aprile 2016
- ✓ NOMINA INCARICATO DEL TRATTAMENTO AI SENSI DELL'ART.30 D.LGS 196/03 e al GDPR 2016/679 del 27 Aprile 2016
- ✓ PATTO elysium
- ✓ ALLEGATO A

Firma \_\_\_\_\_

(N.B. con la firma del presente documento, L'incaricato dichiara di aver letto e compreso il presente accordo e di essere in possesso della copia integrale del presente.)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

