



Spett.le Prassi Broker s.r.l.
Viale di Villa Massimo,39
00161 Roma
Anticipata via fax
06.44.23.45.24

Il Sottoscritto:

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____ CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

CHIEDE

Secondo quanto previsto dall'Art. 9 della polizza n. 252632503 con le Assicurazioni Generali, per i medici iscritti F.I.M.M.G., di cambiare il nominativo del legale precedentemente comunicato.

Nomino come mio nuovo difensore l'avvocato: _____

RESIDENTE IN VIA _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

Data: __ / __ / ____

Firma del medico: _____

