

**SCHEDA DI ADESIONE alla polizza di RC professionale  
dell'Associazione CNCP**

**Dati anagrafici:**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

con la presente intendo aderire alla polizza di Responsabilità civile professionale stipulata da CNCP

Luogo e data

FIRMA

\*\*\*\*\*

La presente scheda deve essere sottoscritta ed inviata a [info@cncp.it](mailto:info@cncp.it), unitamente al numero di CRO o fotocopia del documento che certifica l'avvenuto pagamento effettuato a:

- **Beneficiario: CNCP**
- **BANCA: BPER (Banca Popolare dell'Emilia Romagna)**
- **IBAN: IT96 H 05387 03211 000002315318**

**Si prega di compilare tutti i dati richiesti, necessari per la redazione del registro degli iscritti alla polizza di assicurazione, nonché alla spedizione della ricevuta di pagamento, quale attestazione della copertura assicurativa.**