

**SCHEMA 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**, 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.