



La gestione di questa assicurazione, sarà assegnata alla ConsultAPI società cooperativa, sia in fase di sottoscrizione, pagamento, che in fase di raccolta della informativa.

MODULO DI ADESIONE POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE - APIassicura

Il sottoscritto _____ (c.f. _____)
residente in Via/Piazza _____ n. ____ Comune _____
Prov. (____) CAP _____ telefono / Cell. _____ e-mail _____
P.IVA _____, in qualità di:

Legale Rappresentante

Proprietario

dell'azienda apistica denominata _____
con Codice Identificazione Aziendale: _____
comunica la consistenza e la localizzazione degli apiari come di seguito specificato:

N	Dislocazione Apiari Via - Località	Comune	Numero Alveari	Coordinate Geografiche		
				Long.	Lat.	Alt.

Comunica inoltre che l'azienda pratica il nomadismo: SI NO

IMPORTO EURO _____ PAGAMENTO CONTANTI

Date e Luogo: _____

BONIFICO BANCARIO:
BANCA POP. DI PUGLIA E BASILICATA
AGENZIA 1 ROMA
IBAN: IT 31 C053 8503 2010 0000 0011 693
Intestato A: **Coop ConsultApi** CAUSALE:
POLIZZA APIARI

Firma associato

Timbro e firma ConsultAPI


CONSULENZA AGLI APICOLTORI
Il Presidente
Vittorio Di Stefano

Stampare e inviare a: ufficiosoci@mieleincooperativa.it