CASAGIT SALUTE

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

I SOTTOSCRITTI

a) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__|

b) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__|

c) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__|

d) Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__|

come da Testamento/Atto notorio allegato alla presente, in qualità di unici eredi legittimi di

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Data di decesso: |__|__|__|__|__|__|__|__|

DELEGANO

l'erede, Cognome: _____ Nome: _____

a riscuotere per loro conto qualsiasi somma spettante.

FIRMA PER DELEGA

a) Data _____ Firma _____

b) Data _____ Firma _____

c) Data _____ Firma _____

d) Data _____ Firma _____