



Gemeinsame Einrichtung KVG  
Institution commune LAMal  
Istituzione comune LAMal

Industriestrasse 78  
CH-4600 Olten  
www.kvg.org

## Procura

**Con la presente (mandante) autorizzo,**

.....  
*nome, cognome*

.....  
*data di nascita*

.....  
*via, numero civico*

.....  
*codice postale, luogo*

.....  
*numero assicurato/a*

**la seguente persona:**

.....  
*nome, cognome*

.....  
*data di nascita*

.....  
*via, numero civico*

.....  
*codice postale, luogo*

.....  
*indirizzo e-mail*

a rappresentarmi in :

**questioni relative all'assicurazione malattia presso**

**l'Istituzione comune LAMal**

Questa procura è valida fino alla revoca.

Luogo e data : .....

Firma del/della mandante : .....