

CONVENZIONE USI CARD – CRAL INPS

D.G. MODULO ISCRIZIONE 2026



Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____

Telefono _____ Email _____

già iscritto al CRAL INPS DG come:

(barrare con una "x")

Dipendente INPS Pensionato Aggregato

nuovo iscritto:

Dipendente INPS Pensionato Aggregato

nel caso d'iscritto come pensionato od aggregato, indicare un indirizzo di posta elettronico dove inoltrare le mail del Cral:

Chiede il rilascio dell'USI-CARD per fruire della convenzione che consente di pagare le prestazioni presso i centri del circuito USI INTERNATIONAL con lo sconto del 50% sul tariffario USI in vigore per tutte le prestazioni non convenzionate con il servizio sanitario nazionale ad accezione delle prestazioni:

ODONTOIATRICHE, DI MEDICINA ESTETICA, DI PSICOLOGIA, DI BIOLOGIA MOLECOLARE, DI GENETICA (AMNIOCENTESI), D'AGO ASPIRATO, DI GINNASTICA POSTURALE E DI MASSAGGI

per le quali è previsto uno sconto del 20%. Lo sconto non è valido per farmaci e/o mezzi di contrasto che si utilizzano in alcuni esami né per protesi dentarie e plantari.

Versa a tale scopo 35,00 euro per ciascuno dei sottoindicati nominativi:

Cognome	Nome	data di nascita	Codice Fiscale

La quota per il rilascio della Card dovrà essere versata tramite BONIFICO bancario con causale "QUOTA ANNUALE TESSERA USI 2026", sul seguente conto corrente intestato al CRAL INPS DG:

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA AG.15 C/O INPS - CODICE IBAN:
IT87Y0832703210000000001873

Il presente MODULO compilato in ogni sua parte, unitamente alla copia del BONIFICO effettuato, dovrà essere inviato al seguente indirizzo di posta elettronica: usicard@craldginps.it

DATA _____

FIRMA _____