

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO

Medici Specializzandi /Borsisti	Quota annuale	€ 52,00
Medici Liberi Professionisti ex dipendenti	Quota annuale	€ 52,00
Medici con contratti atipici	Quota annuale	€ 52,00
Medici in aspettativa non retribuita	Quota annuale	€ 52,00
.....	Quota annuale	€

Il sottoscritto Dott./Prof. Nome _____ Cognome _____

Indirizzo (via/piazza e n.civico) _____

Cap _____ Località _____ Prov _____

Nato a _____ il _____

☎ Ab. _____ ☎ Lavoro _____

☎ Cell. _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____ Sesso M F

Area funzionale medica/specialità med. chirurgica/specialità chir. medicina diagnostica e dei servizi
 sanità pubblica odontoiatria altro

Specializzazione _____

Tipologia contrattuale _____

attualmente dipendente dell'Azienda ASL/Ospedaliera _____

località _____ regione _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

Dichiara di aver versato la quota associativa di cui allega attestato di pagamento, effettuato in contanti o con bonifico bancario.

La presente iscrizione è valida per un anno a partire dalla data in cui è stato effettuato il pagamento della quota.

L'adesione può essere revocata con comunicazione scritta all'organizzazione sindacale, ai sensi della lettera C, comma 1 dell'articolo 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali (DPCM 30/11/1995).

firma _____ data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

firma _____ data _____