

Tesseramento

Cognome

Nome

Nato a

Provincia

_____/_____/_____
il (gg/mm/aa)

Residente a

Provincia

CAP

Indirizzo

, Numero

Telefono

Email

Codice fiscale

Chiede di essere iscritto a codesto Sindacato SUOMI e a tal fine dichiara di aver preso visione dello Statuto e di approvarlo, di condividerne i principi e le finalità e si impegna a rispettare le disposizioni statuarie vigenti e le delibere degli organi sociali costituiti.

Si impegna a versare la quota associativa annuale di Euro 40,00 mediante pagamento in contanti o bonifico intestato a:

Sindacato utenti e operatori per una medicina integrata

Via Mazzini 5, 66026 Ortona (CH)

UniCredit Ortona - IBAN IT73N0200877781000105885934

_____/_____/_____
Data (gg/mm/aa)

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Il _____ CF _____

residente a _____ Via _____

Telefono _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa consultabile sul sito del sindacato (www.sindacatosuomi.it) nella sezione "Privacy Policy".

Letto, confermato e sottoscritto _____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)