

RICHIESTA ADESIONE DIRIGENTI MEDICI E SANITARI PENSIONATI

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO

N.B.: campo obbligatorio *

Il sottoscritto Dott./Prof. **Cognome***

Nome*

Indirizzo (via/piazza e n. civico)*

Cap *

Località*

Prov.*

Nato a*

il*

/

/

☎ Cell.*

☎ Ab.

☎ Cell.2

E-mail*

@

Codice Fiscale*

Sesso

M

F

PENSIONE* : Diretta

N. Iscrizione

COLLOCATO IN PENSIONE DAL*

/

/

già dipendente dell'ENTE*

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED.

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).

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Al presente modulo si chiede di allegare la ricevuta o modalità di pagamento prescelta). La quota potrà essere versata tramite (barrare la casella prescelta):

SSD

N.B.: in questo caso si dovrà compilare e firmare anche il modulo allegato.

Nel momento in cui la richiesta di adesione e modulo SSD perverranno in ANAAO ASSOMED sarà compito dell'Associazione trasmetterlo all'Istituto bancario dell'Associato.

La corresponsione del pagamento è **SEMESTRALE**, oltre che **REVOCABILE presso la Banca (anche retroattivamente)** per i periodi nei quali l'Associato **NON** vorrà più appartenere all'ANAAO ASSOMED.

La scadenza semestrale si riferisce a: 30/06 e 31/12.

Bonifico Bancario disposto direttamente dall'Associato sul Conto Corrente Bancario:

c/c n. 000000140000 **IBAN IT79H0100501612000000140000** – intestato ANAAO ASSOMED c/o BNL AG. 12 - Milano

c/c n. 000000310600 **IBAN IT27V0344001603000000310600** – intestato ANAAO ASSOMED c/o Banco di Desio e della Brianza AG. 59 - Milano

LA PERIODICITÀ DI TALE OPZIONE È VALIDA ANCH'ESSA PER UN SEMESTRE (30/06 – 31/12).

IN CASO DI ADESIONE IN UN PERIODO INTERMEDIO RISPETTO ALLE SCADENZE INDICATE SI DOVRÀNO CORRISPONDERE LE MENSILITÀ RESTANTI FINO ALLA PRIMA SCADENZA UTILE E POI PROCEDERE CON LE SCADENZE STABILITE (ES. ISCRIZIONE AD APRILE DELL'ANNO IN CORSO: SONO DA CORRISPONDERE ENTRO IL 30 GIUGNO LE TRE (3) RATE FINO A GIUGNO. A DICEMBRE, SI POTRÀ EFFETTUARE IL PAGAMENTO DELLA SEMESTRALITÀ LUGLIO/DICEMBRE.)

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* _____ **data** _____

RICONOSCO al Sindacato la facoltà di modificare negli anni successivi il contributo sindacale

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 per l'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali e degli scopi statutari dell'ANAAO ASSOMED.

Si acconsente altresì che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro, e/o Enti previdenziali e/o Amministrazioni pubbliche, e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

Ai sensi e nel rispetto degli artt. 130 e 133 del D.lgs. 196/2003 si conferisce inoltre autorizzazione a inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi E-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni e adempimenti da parte dell'ANAAO ASSOMED e delle Società dalla stessa controllate e/o partecipate.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa D.LGS. 196/2003 relativa alla *TUTELA DEI DATI PERSONALI* pubblicata sul sito ufficiale www.anaao.it.

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* _____ **data** _____