

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*

Indirizzo PEC

Codice Fiscale*

Sesso

M

F

PENSIONE* : Diretta

Reversibilità

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 DOVRÀ 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* (in originale) _____

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
Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali comuni e particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali per 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 del Regolamento UE 2016/679 e delle norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali, 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 ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata sul sito ufficiale dell'Associazione.

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* (in originale) _____

data _____

RIFERIMENTO MANDATO _____

SEZIONE DEBITORE / TITOLARE CONTO CORRENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale del Debitore*: _____

Indirizzo (Via/C.so/P.zza/Largo)*: _____ **N°** _____

CAP: _____ **Località:** _____

Provincia: _____ **Paese:** _____

Titolare del Conto Corrente*: _____

IBAN di addebito* _____

Presso la Banca: _____

Codice SWIFT (BIC): _____

Codice Fiscale/Partita IVA del Debitore*: _____

SEZIONE CREDITORE

Ragione Sociale del Creditore: **ANAAO ASSOMED - ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT680010000095002860245**

Sede Legale (Via/C.so/P.zza/Largo)*: **VIA DOMENICO SCARLATTI N°27**

CAP: 20124 Località: MILANO

Provincia: MILANO Paese: ITALIA

Il sottoscritto autorizza:

- Il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato*
 Addebiti in via continuativa
 Un singolo addebito
- La Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

La presente autorizzazione è regolata dal contratto di conto corrente stipulato dal Titolare con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha la facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto (data scadenza), utilizzando la modulistica in uso presso la Banca.

Cognome e nome del Titolare: _____

Codice fiscale del Titolare: _____

(le suddette informazioni relative al Titolare sono obbligatorie nel caso in cui Titolare e Debitore non coincidano)

_____ Luogo* _____ Data* _____

_____ Firma del Titolare*

*I campi EVIDENZIATI IN GIALLO sono obbligatori
