



FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE

SETTORE ASSISTENZA PRIMARIA

SEGRETERIA PROVINCIALE FIMMG DI NAPOLI

Via Cinthia 41 (P.co S Paolo) 80126 Napoli

tel./fax : 081 7661366

E Mail: napoli@fimmg.org

Il sottoscritto Dott. Cognome.....Nome.....
Nato a il
Indirizzo abitazione.....
Località.....cap.....Prov.....
Tel.abitazione.....Fax abitazione.....
Indirizzo Studio Principale.....
Località.....cap.....Prov.....
Tel Studio.....Fax Studio.....
*Cellulare N°.....*Email.....
ASL N°.....Distretto Sanitario N°.....Codice Regionale N°.....
Anno di Laurea.....*Massimale.....*N° Assistiti.....

CHIEDE

di essere iscritto al Sindacato F.I.M.M.G. ed autorizza, pertanto ad operare la relativa ritenuta mensile da versare sul C.C. Bancario n° 0/0000002178 ABI 03032 CAB 03405 sito al Centro Direzionale presso Credito Emiliano Ag. 13 di Napoli, intestato a F.I.M.M.G Provinciale Napoli.

Data

Firma

Ai sensi della legge 31/12/1996, n° 675, il richiedente nel sottoscrivere la presente, dichiara di essere informato che i dati personali forniti sono utilizzati per le finalità amministrative ed istituzionali della FIMMG, che è titolare del trattamento degli stessi; che il conferimento dei dati è necessario alle suddette finalità; che l'omissione o l'inesattezza dei dati forniti non rende possibile l'iscrizione al Sindacato; che è suo diritto, ai sensi dell'art. 13 della predetta Legge, conoscere, dietro motivata richiesta, ed essere informato sulla esistenza, variazione e trattamento dei dati personali che lo riguardano. Acconsente, infine, alla comunicazione dei dati agli Uffici Amministrativi della ASL di competenza al fine degli adempimenti relativi alla ritenuta mensile a favore del Sindacato.

Data

Firma

Nota Bene: la compilazione dei campi preceduti da asterisco non è obbligatoria

