



DELEGA DI ADESIONE

CIRCOLO DIPENDENTI SANITÀ OVEST VERONESE

SPAZIO RISERVATO AL CIRCOLO

| N° TESSERA | N° VERSAMENTO | BANDA OTTICA |
|------------|---------------|--------------|
| | | |

Il sottoscritto/a _____ n° matricola _____

nato/a il _____ a _____

coniugato/a con _____ nato il _____

residente in Via _____

CAP _____ Comune _____ Provincia (___)

Tel. _____ mail: _____

(CHIARO IN STAMPATELLO)

Indicare se sei: Dipendente AULSS 9 Simpatizzante

in servizio presso _____

con qualifica _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CIRCOLO DIPENDENTI AULSS 9

Versa a titolo di iscrizione € 25,00= (venticinque), allega copia del bonifico e autorizza la propria Amministrazione ad operare per gli anni futuri la trattenuta della suddetta somma dalla propria 13^a mensilità, quale quota associativa a favore del Circolo Dipendenti Sanità Ovest Veronese. Possibilità per i Simpatizzanti di versare i rinnovi annuali tramite il nostro IBAN:

IT 30 K 05034 59960 0000 0000 2421

Nella causale inserire Cognome, Nome e Numero di tessera.

La presente richiesta si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo disdetta da inoltrare al Presidente del Circolo Sanità Ovest Veronese entro il mese di settembre.

Data _____

In fede

(firma leggibile)