

DELEGA DI ADESIONE

CIRCOLO DIPENDENTI SANITA' OVEST VERONESE

Il sottoscritto/a _____ n°matricola _____

nato/a il _____ a _____

coniugato/a con _____ nato il _____

residente in Via _____

CAP _____ Comune _____ Provincia (____)

Tel. _____ mail: _____

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)** 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.

In fede

(firma leggibile)

Data _____

P.S.: la tessera ha validità un anno, verrà consegnata all'atto dell'iscrizione ed automaticamente rinnovata a gennaio per i **soci dipendenti**. Per i **soci simpatizzanti** invece il termine del pagamento del rinnovo è il 31 Dicembre di ogni anno. In caso di variazione della quota associativa verrà fatta comunicazione ai Soci tramite informative e WEB entro il mese di settembre dell'anno in corso.