

SCHEDA ADESIONE FEDERAZIONE CIMO-FESMED NUOVI ISCRITTI

ANMDO

Il sottoscritto

Dott. Cognome.....Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Indirizzo..... Città..... Prov..... Cap.....

Telefono casa Cell.....

E-mail.....Codice fiscale.....

Regione..... ASL/Osp./Ente.....

Ordine dei Medici di appartenenza.....

Ospedale/Distretto/P.O..... Qualifica.....

SpecialitàReparto o servizio.....

Rapporto di lavoro: Tempo: Determinato Indeterminato

Chiede l'iscrizione a

 **Federazione CIMO-FESMED / ANMDO**

Trattenuta di 15 euro mensili (180 euro/anno) da versare sul c/c bancario intestato a ANMDO, presso BancaUnicredit – Filiale di Bologna Via G. Massarenti; Codice **IBAN: IT 88 L 02008 02483 000020101378**

Con la presente autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di ANMDO. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda/Ente.

Data Firma

CONSENSO

Dichiara, inoltre, di aver ricevuto copia e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679. Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza ANMDO ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del Regolamento sopra citato, per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto ANMDO.

Data..... Firma

DA TRASMETTERE ALLA PROPRIA AZIENDA

Ep c anmdo.segreteria@gmail.com; anmdo@pec.it.