Co.Si.P.S. - Coord[illegible]i della Sanità

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dr. cognome……

nome……

luogo e data di nascita .....……..

abitante a .....…… prov …….. ……..cap.....

via .....…….…… n. .....

telefono casa ..... ……. Cell..……..……

E-mail…….

Codice Fiscale……..…..

Regione ……..ente di appartenenza……

Con la qualifica di:

Medico di Medicina Generale ☐ Continuità Assistenziale ☐ Medicina dei Servizi ☐

Altro ☐ (specificare)……..…

Chiede l'iscrizione a **Co.Si.P.S. Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità**

e pertanto autorizza la propria Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile di Euro 15,00 a favore del sindacato, importo stabilito dal Coordinamento Nazionale del Co.Si.P.S. 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 Sanitaria.

La trattenuta sindacale dovrà essere versata, con cadenza mensile e con le consuete modalità, alla Segreteria Amministrativa del **COSIPS - Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità.** coordinate bancarie: IBAN **IT03Y0538703206000002113602**

Data …….. Firma ……...

CONSENSO

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto copia e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione.

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza Co.Si.P.S. Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità 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 Co.Si.P.S..

Firma .....……