

CARTOLINA DI ISCRIZIONE ALLO SNAMI
Da restituire via e-mail all'indirizzo: segreteria@snamimilano.org

Il Sottoscritto/a Dott./ Dott.ssa _____

e-mail _____ 2^a e-mail (opzionale) _____

Nato/a il _____

Studio a _____ Via _____ C.A.P. _____

CELL. Riservato _____ CELL. Studio _____

chiede di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani - SNAMI in qualità di:

Dipendente della ASST/Ospedale _____

Convenzionato con la ASST _____ Distretto _____ Cod. regionale n° _____ quale medico di

Assistenza Primaria Continuità Assistenziale Emergenza Sanitaria Territoriale Medicina dei Servizi

altro

autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita dalla Tesoreria provinciale di _____

La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria SNAMI.

Data _____

Firma _____

Ai sensi del Testo Unico D.L. 196/2003 del regolamento (UE) n. E 2016/679 e del decreto legislativo 10 agosto 2018 n. 101, recante disposizioni a tutela dei dati personali, si informa che i dati che verranno forniti a questa segreteria saranno utilizzati esclusivamente per le nostre comunicazioni.