



SAPMI

Sindacato Autonomo dei Professionisti della Medicina Italiana
Aderente alla CONF.S.A.L.

00186 ROMA - VIA DI TORRE ARGENTINA,21 –tel.0698266774-FAX 0699700039 –CELL.3473314692

EMAIL: sapmi@tin.it

WEB: www.sapmed.com

Regione

Il/La sottoscritto/a dott/dott.ssaAbitante a

.....C.A.P.....Via..... N.....

Tel.....Fax.....Cell.....E-Mail.....in

servizio presso l'A.O.....A.S.L n.....Distretto

San.AZIENDA PRIVATA.....qualifica:

DIRIGENZA MEDICA

UNIVERSITA'-Policlinico.....

ASSISTENZA PRIMARIA

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE(AMICA)

EMERGENZA TERRITORIALE(AMI 118)

MEDICINA DEI SERVIZI (AMIS)

SPECIALISTA AMBULATORIALE (ANSAI)

PEDIATRIA

MOVIMENTO DIFESA DONNA MEDICO

PROFESSIONI SANITARIE:

(SPECIFICARE).....

ADERISCE al S.A.P.M.I. e autorizza ,ai sensi di legge, il DATORE DI LAVORO a ritenere lo 0,5% sulla retribuzione mensile con richiesta di accreditamento sul CCB intestato a: **SAPMI – BANCA INTESA –S.PAOLO- Viale Trastevere, 202 - 00153 Roma.**

CODICE IBAN: IT36 A030 6905 0500 0000 8028 044

Tale delega avrà validità fino a revoca.

Con la presente chiede,altresi, di essere iscritto/a ,in qualità di socio beneficiario,senza versamento di quote aggiuntive,al SAPMIF,Societa' di Formazione promossa dallo stesso sindacato. (SI) (NO) .

Data, ___ / ___ / ___

FIRMA _____

Ricevuta l'informativa sull'autorizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'articolo 10 della legge 675/96 acconsento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari (SAPMI e SAPMIF) di cui sono a conoscenza.

Acconsento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

Data, ___ / ___ / ___

FIRMA _____