

RICHIESTA DI ADESIONE ALLA FESMED PER I MEDICI PENSIONATI

(Compilare in stampatello ed inviare in busta chiusa a FESMED - Via G. Abamonti 1 – 20129 Milano)

Domanda di Iscrizione

Il sottoscritto Dr / Prof

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____ C.F. _____

Indirizzo (*via/p.za*) _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telef. _____ Mobile _____ E-mail _____

Specializzazione _____

CHIEDE

di essere iscritto alla Federazione Sindacale Medici Dirigenti, articolazione professionale Pensionati FESMED a partire dal giorno successivo alla data di pagamento della quota associativa di **60,00 euro annui** sul c/c bancario intestato a **FESMED**, presso Banca Popolare Commercio e Industria, Fil. MI – Monte di Pietà; **Codice IBAN: IT38V0504801672000000035649**

Si impegna a versare la medesima somma a partire dal 1 gennaio di ogni anno solare e in caso di variazione dell'importo, a pagare secondo le modalità e nella misura che gli verranno comunicati dalla Segreteria nazionale FESMED.

L'iscrizione può essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione alla Segreteria nazionale FESMED.

data _____ firma _____

INFORMATIVA ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 "Codice di materia di protezione dei dati personali", sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della FESMED. Si conferma di essere a conoscenza delle facoltà e diritti menzionati nel D.Lgs 196/2003, e delle relative modalità d'esercizio e dichiaro di essere stato/a informato/a, in modo esaustivo, dei diritti, delle modalità di raccolta dati e del loro possibile utilizzo, del diritto di opporsi al trattamento ed in particolare di quanto previsto dagli articoli 7, 8, 9, 10, 13 dei D.Lgs, summenzionato.

data _____ firma _____