

ISCRIZIONE ALLO



Il sottoscritto Dr. _____ nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____ domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ tel/fax _____/_____ laureato il ___/___/___ a _____ iscrizione Ordine di _____ n. _____ specializzazioni: _____ attività _____ codice _____ Asl n.9-TP Distretto _____ studio in _____ Prov. _____ via _____ n. _____ tel./fax _____/_____ altri recapiti o sedi di lavoro _____ cellulare _____/_____ e-mail _____

CHIEDE di essere iscritto alla Sezione Provinciale S.N.A.M.I. di Trapani per il Settore:

medicina generale medicina dei servizi guardia medica ospedaliero 118 _____

Il sottoscritto desidera ricevere la posta al seguente indirizzo:

C.A.P. _____ comune _____ Prov. _____ Via _____ n. _____, e-mail _____

il sottoscritto dispone che dalle proprie competenze venga trattenuta la quota associata annuale.

Con la presente DELEGA il sottoscritto revoca l'iscrizione ad altri sindacati ed accetta le norme statuarie dello S.N.A.M.I.

Marsala, ___/___/_____

Firma

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto _____ nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____ residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ tel./fax _____/_____ attività _____ codice _____ Asl n.9-TP Distretto _____ studio in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ tel./fax _____/_____ iscritto alla Sezione Provinciale S.N.A.M.I. di Trapani per il Settore: medicina generale medicina dei servizi guardia medica ospedaliero 118 _____

delega codesta Azienda, tramite l'ufficio preposto, trattenere dalle proprie competenze la quota associativa annuale, nella misura e nei tempi stabiliti dal Consiglio Provinciale dello S.N.A.M.I. e a versarla sul c/c n. 010/000001204 aperto presso il CREDEM agenzia n.2 di Marsala intestato allo S.N.A.M.I. – Sezione Prov.le di Trapani – Via Francesco Crispi 88/ a – Marsala (IBAN : IT38 E 03032 25906 010000001204).

La presente delega, con la quale il sottoscritto revoca l'iscrizione ad altri sindacati per lo stesso ambito di lavoro, ha effetto immediato ed è permanente, salvo esplicita disdetta personale o tramite il suddetto S.N.A.M.I.

Marsala,

Firma

REVOCA SINDACALE

Il sottoscritto Dr. _____ nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____ domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ tel./fax _____/_____ attività _____ codice _____ Azienda _____ Distretto _____ studio in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ tel.fax _____/_____

Revoca con effetto immediato l'iscrizione a codesto Sindacato _____, cui la presente è indirizzata.

Marsala,

Firma

Il modello deve essere compilato in ogni sua parte e spedito al seguente indirizzo:

Spett.le **S.N.A.M.I.**

Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

Sezione Provinciale di Trapani

Via Francesco Crispi 88/ a

91025 MARSALA