

Al Direttivo C.R.A.L. ASL Chieti 02

OGGETTO: iscrizione C.R.A.L. ditte esterne

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ Prov _____ Residente a _____ Via
_____ Prov _____ in servizio presso la ditta _____

CHIEDE

- di essere iscritto come socio beneficiario al C.R.A.L. ASL Chieti 02 per l'anno _____;

Si impegna al versamento contestuale della quota di iscrizione annuale pari a € 58,80 anche tramite bonifico bancario: IBAN IT57J0103015501000000191943, banca: Mps sede di Chieti.

Dichiaro/a di essere a conoscenza dello Statuto Aziendale e di accettarne le regole e le condizioni.

Autorizzo al trattamento dei dati personali in base al Regolamento Ue 679/2016 (GDPR) e codice privacy (D.Lgs 101/18).

Email: _____

data _____

firma
