

**Al Sig. Presidente
C.R.A.L. ASL Chieti 02**

OGGETTO: iscrizione C.R.A.L. pensionati

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a

_____ Prov _____ Residente a

_____ Via _____ Prov _____

in pensione dal _____

CHIEDE

- di essere iscritto come socio beneficiario al C.R.A.L. ASL Chieti 02

Si impegna a versare la quota di iscrizione annuale tramite bonifico bancario con le seguenti coordinate:

- ✓ BANCA: MPS Spa
- ✓ Intestatario: CRAL ASL CHIETI 02
- ✓ IBAN: IT57J0103015501000000191943
- ✓ Quota annuale: € 51,60

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

Autorizzo al trattamento dei dati personali in base al Decreto legislativo n. 135 del 11 maggio 1999, disposizioni integrative della legge 31 dicembre 1996, n. 675, sul trattamento di dati sensibili da parte dei soggetti pubblici

Email: _____

data _____

firma