



SINDACATO SBV

Sindacato Polispecialistico Medici e Strutture Accreditate

Segretario Nazionale: Dott. Salvatore Gibiino

Sede: Via Guardia Della Carvana, 6/B - 95128 Catania

Segreteria: Dr. Livio Natale Bonacini cell. 335 7616719 – fax: 095 430701

Mail: segreteriasbv@gmail.com – Sito: www.mediciconvenzionati.it

MODULO ISCRIZIONE SOCIO ADERENTE

REGIONE: _____

IO SOTTOSCRITTO/A: _____ QUALIFICA _____

CELLULARE _____

MAIL _____

DIPENDENTE / COLLABORATORE MEDICO

DIPENDENTE / COLLABORATORE PARASANITARIO

DIPENDENTE / COLLABORATORE AMMINISTRATIVO

(barrare la qualifica ricoperta)

DELLA:

SOCIETA': _____

DEL DOTT.: _____ BRANCA SPECIALISTICA _____

VIA _____ N. _____

CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____

TEL. STUDIO (indicare il prefisso) _____ FAX: _____

MAIL STUDIO _____

CODICE REGIONALE _____ ASL APPARTENENZA _____

Preso visione e accettati lo Statuto ed il Regolamento Nazionale, chiede l'iscrizione nella qualità di Socio Aderente al Sindacato SBV.

La presente delega ha valore dal 1 gennaio di ciascun anno solare e sino al 31 dicembre di ogni anno e si intende rinnovata di anno in anno ove non venga revocata entro la data del 31 ottobre di ogni anno con raccomandata a.r.

Data _____ FIRMA _____

Il sottoscritto, inoltre, acconsente al trattamento dei propri dati personali secondo la normativa vigente e per gli scopi previsti dallo statuto e per comunicazioni alle AASSLL.

Data _____ FIRMA _____