



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 - www.mediciconvenzionati.it

SOCIETA': _____

DEL DOTT.: _____ BRANCA SPECIAL. _____

C.F. / P. IVA _____

VIA _____ N. _____

CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____

TEL. STUDIO (indicare il prefisso) _____ TEL. CASA _____

FAX _____ ALTRI NUMERI _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

PEC _____

CODICE REGIONALE ACCREDITAMENTO _____ ASP APPARTENENZA _____

Preso visione e accettati lo Statuto ed il Regolamento Nazionale, chiede l'iscrizione al Sindacato SBV.

Si impegna a versare anticipatamente ed annualmente le quote sindacali stabilite o autorizza l'ASP di competenza a trattenere mensilmente sul ruolo delle competenze che gli vengono corrisposte l'importo relativo alla quota contributiva sindacale, giusto quanto previsto dalla G.U. n. 89 del 16/04/88 e s.m., nella misura di quanto comunicato dalla Segreteria del Sindacato ed autorizza la USL ad accreditare il relativo importo:

presso CREDEM Agenzia n.3 di Catania
Codice IBAN: [IT 96 S 03032 16902 010000060070](https://www.bancomi.it/it/iban/IT96S0303216902010000060070) intestato a Sindacato S.B.V.

La presente delega ha valore dall'1 gennaio di ciascun anno solare e sino al 31 dicembre di ogni anno e s'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 ASP.

Data _____ FIRMA _____

PROTOCOLLARE AL PROPRIO DISTRETTO E RESTITUIRE COPIA
PROTOCOLLATA