



# DELEGA DI ADESIONE

## CIRCOLO DIPENDENTI SANITÀ OVEST VERONESE

SPAZIO RISERVATO AL CIRCOLO

N° TESSERA	N° VERSAMENTO	BANDA OTTICA

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ n° matricola \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

coniugato/a con \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia (\_\_\_)

Tel. \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

(CHIARO IN STAMPATELLO)

Indicare se sei:  Dipendente AULSS 9  Simpatizzante

in servizio presso \_\_\_\_\_

con qualifica \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CIRCOLO DIPENDENTI AULSS 9

Versa a titolo di iscrizione € 25,00= (venticinque), allega copia del bonifico e autorizza la propria Amministrazione ad operare per gli anni futuri la trattenuta della suddetta somma dalla propria 13<sup>a</sup> mensilità, quale quota associativa a favore del Circolo Dipendenti Sanità Ovest Veronese. Possibilità per i Simpatizzanti di versare i rinnovi annuali tramite il nostro IBAN:

**IT 30 K 05034 59960 0000 0000 2421**

**Nella causale inserire Cognome, Nome e Numero di tessera.**

La presente richiesta si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo disdetta da inoltrare al Presidente del Circolo Sanità Ovest Veronese entro il mese di settembre.

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)