

cognome	nome
----------------	-------------

nato/a il	a	codice fiscale
------------------	----------	-----------------------

indirizzo recapito (via, piazza, ecc. n.ro civico)

C.A.P.	città	prov
---------------	--------------	-------------

cellulare	e-mail
------------------	---------------

<input type="checkbox"/> Medico Esterno Specialista in
Sede INPS

data di assunzione	gg	mm	aaaa
--------------------	----	----	------

<input type="checkbox"/> Medico Fiscale Sede INPS

data di assunzione	gg	mm	aaaa
--------------------	----	----	------

quota iscrizione € 25,00 da versare tramite bonifico bancario Iban n. IT 77 O 01005 03212 000000100019 c/o BNL intestato al SUMAI ASSOPROF Segreteria Nazionale

Copia bonifico effettuato (da inviare a: sumai@sumaiweb.it)

Chiede di essere iscritto al S.U.M.A.I.

Provincia di prima iscrizione:

CONSENTE, che i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto della Legge n.675/1996 e del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 e GDPR 2016/679, D.Lgs 10 agosto 2018 n.101 per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'atto costitutivo, dallo Statuto, dall'Accordo Collettivo Nazionale e dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro. Per i fini predetti, il trattamento dei dati può riguardare anche la tenuta di registri e scritture, elenchi, indirizzari e di altri documenti necessari per la gestione amministrativa dell'Associazione Sindacale oppure per la diffusione di riviste, bollettini e simili.

firma

data
