

cognome	nome	
nato/a il	a	codice fiscale
indirizzo recapito	<i>(via, piazza, ecc. n.ro civico)</i>	
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. **IT57F0312403211000000233144**
c/o Banca del Fucino
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