



Co.Si.P.S. - Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dr. cognome.....

nome.....

luogo e data di nascita

abitante a prov cap.....

via n.

telefono casa Cell.....

E-mail.....

Codice Fiscale.....

Regioneente di appartenenza.....

Specialista in.....dal.....

Con la qualifica di:

Libero Professionista con collaborazione occasionale

Medico Competente con anzianità di specializzazione inferiore a 5 anni

Chiede l'iscrizione a **Co.Si.P.S. Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità**

e pertanto si impegna a versare la quota associativa mensile di € 5,00 (euro cinque, 00) , come stabilito dal Coordinamento Nazionale del Co.Si.P.S.

La quota associativa al Co.Si.P.S dovrà essere versata con cadenza mensile, tramite r.i.d. o altro alla Segreteria Amministrativa del **COSIPS - Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità Via di Grottarossa, 55 00189 Roma C.F.97741800581**

coordinate bancarie: IBAN **IT03Y0538703206000002113602**, oppure in unica soluzione .

Data

Firma

CONSENSO

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto copia e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione.

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza Co.Si.P.S. Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del Regolamento sopra citato, per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto Co.Si.P.S.

Firma