

SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI PEDIATRI - (S.I.S.Pe.)

Presso : VIA SALASCO, 1 – 00166 ROMA tel. 3920793907- 3490713995 - 3333478009

Modulo di iscrizione al S.I.S.Pe

Spett.le S.I.S.Pe. ,

___ Sottoscritt ___ Dott. /ssa _____

Abitante in _____ CAP _____

Via _____ tel. _____ Cell. _____

con **Ambulatorio** in _____ Via _____

orario _____ tel _____

Codice Regionale _____ E – Mail _____

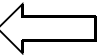
Chiede l'iscrizione **SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI PEDIATRI - (S.I.S.Pe.)**

Segnalo la sede della mia AUSL : AUSL n. _____ Distretto di _____

Via _____ SEDE _____ Cap _____

li' _____

X FIRMA



SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI PEDIATRI
S.I.S.Pe.

Spett.le Assessorato Regionale Sanita'
Regione _____

Spett.le AUSL n. _____ - Distr. di _____

Oggetto: trasmissione delega iscrizione sindacale .

___ Sottoscritt ___ Dott. /ssa _____

con ambulatorio in _____ Via _____

Codice Regionale N.° _____

Convenzionat ___ in qualita' di Specialista in Pediatria a: _____

AUSL n. _____ **DELEGA** codesto Assessorato e codesta ASL a trattenere dai propri emolumenti e a

versare mensilmente a favore del Sindacato : **SINDACATO ITALIANO SPECIALISTI PEDIATRI -**

(S.I.S.Pe.) CheBanca! plc filiale 6, Via Baldovinetti 128 -- 00142 ROMA e al seguente codice IBAN:

IT02C0364303 2340 0003 0080 219 la quota associativa nella misura fissata dal sindacato .

La presente delega decorre dal 1° giorno del mese in corso , ha validita' annuale ed e' tacitamente rinnovata di anno in anno , 01 gennaio – 31 Dicembre di ogni anno solare , fino alla revoca della stessa da parte del ___ sottoscritt___ che vi dovra' pervenire entro e non oltre il 01 Settembre dell'anno solare precedente , solo ed esclusivamente a mezzo raccomandata con R/r . Tale revoca decorrerà in ogni caso dal 10 gennaio dell'anno successivo all'anno di revoca . La presente delega , inoltre

REVOCA

NON REVOCA qualsiasi precedente delega sindacale rilasciata in favore di qualsiasi altro sindacato ,

li' _____

X FIRMA