

# ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI INPS



## ANMI – FEMEPA

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ASSOCIATIVA

(copia per la propria Sede di competenza e una copia da inviare alla Segreteria Naz. ANMI-FEMEPA)

Il/La sottoscritt...dott.....

Nat.... il .....a.....residente in.....

Via .....n.....cap.....

Tel/cell..... e-mail.....

In forza presso la Sede I.N.P.S. di.....

con la qualifica di.....

Chiede di essere iscritto all'ANMI – FEMEPA, impegnandosi a versare le quote annuali in importi mensili per dodici mensilità mediante trattenute in buste paga, a partire dal mese in corso.

Il/la sottoscritt...dichiara di aver preso visione delle norme statutarie e di accettarle incondizionatamente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### DELEGA RISCOSSIONE CONTRIBUTI SINDACALI

....sottoscritt.... dott....., dipendente della sede I.N.P.S. di....., autorizza questa Sede stessa a trattenere dalle proprie competenze la quota annuale di iscrizione all'ANMI-FEMEPA (codice 5555), per un importo del 5 (cinque) per mille della voce "stipendio", con trattenute per 12 mensilità e ad effettuare il versamento a favore della stessa associazione ANMI-FEMEPA su C/C n° 3662 intestato ad ANMI-FEMEPA - Cod. IBAN: IT 91 A 08327 03210 000000003662 B.C.C. di Roma Ag 15.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE

Si autorizza la ANMI-FEMEPA ai sensi del Regolamento UE 679/2016 al trattamento dei dati personali nei limiti e con finalità perseguite con il presente modulo di richiesta da me sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_