



**Presidenza Regionale**

Piazza Cucco, 2 - 86100 Campobasso  
molise@pec.snami.org  
Tel. 0874411912

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via/P.za/c.da \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Dichiara di iscriversi allo Snami – Sezione Provinciale di Campobasso per il Settore:**

( ) **SNAMI Esperienza** (Medici Pensionati)

Versando la **quota annuale di euro 90**

( ) in contanti a: \_\_\_\_\_

( ) a **SNAMI TESORERIA PROVINCIALE DI CAMPOBASSO - IBAN IT66M0200803813000002729867**

RICEVUTA L'INFORMATIVA SULL'UTILIZZAZIONE DEI PROPRI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL D.LGS.VO 30/06/2003 N. 196, IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONSENTE IL LORO TRATTAMENTO NELLA MISURA NECESSARIA PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI SCOPI STATUTARI.

Li, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO LEGGIBILE

Per ricevuta e incasso

-----

-----