



U.S.S.M.O. – Segreteria Nazionale
Settore Amministrativo Contabile
Via F. Turati n. 1 – 70125 Bari
Tel./Fax 080.5022849 - ussmo@libero.it
Sede legale: Via F. Turati n. 1 – 70125 Bari
C.F. = 93418460726

**RICHIESTA DI ADESIONE DEI MEDICI DENTISTI E ODONTOIATRI (Libero Professionisti)
SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO**

DELEGA SINDACALE : Il sottoscritto Dott./Prof. Cognome Nome _____

Nato a _____ (____) il _____

Residenza: Indirizzo (via/p.zza e n.civico) _____

Cap _____ Località _____ Prov _____

Tel.Ab. _____ Fax _____ Tel. studio _____ Cell. _____

E-mail _____ Sito Web _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Laurea in _____ Specialista in _____

Chiede l'Iscrizione a U.S.S.M.O. – DENTISTI E ODONTOIATRI (Libero Professionisti)

Si impegna a corrispondere la quota associativa annuale di € 240,00 entro il mese di febbraio di ogni anno.

L'importo sarà corrisposto:

- con assegno bancario

- in contanti

- mediante versamento sul c.c. bancario intestato a **Universo Sanità Sindacato Medici Ospedalieri**

U.S.S.M.O. con Iban IT 68 A 02008 04025 000102044039 presso la Banca Unicredit Ag. Bari Einaudi

data ____/____/____/ firma _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative di **UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI (U.S.S.M.O.)**

data ____/____/____/ firma _____

Il presente modulo compilato e firmato in originale deve essere inoltrato a: **UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI (U.S.S.M.O.) - Settore Amministrativo Contabile.**

Via F. Turati n. 1, 70125 - Bari

Allegati alla presente domanda: copia del bonifico oppure assegno bancario.