



Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
Sez. Provinciale di Brescia

MODULO DI ISCRIZIONE ALLO SNAMI

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ città _____

Tel. _____ e-mail _____

Medico di Medicina Generale	Ricercatore universitario
Medico di Continuità Assistenziale	Funzionario A.T.S.
Pediatra di base	Medico Fiscale
Ospedaliero	Pensionato
Libero Professionista	
Medico di Medicina specialistica convenzionata	
Altro:	

A.T.S. di appartenenza _____

A.S.S.T. di appartenenza _____

ADERISCE ALLO SNAMI

(SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI)

SEZIONE DI BRESCIA

e **DELEGA** a tempo indeterminato l'A.T.S. o l'A.S.S.T. di appartenenza a trattenere la quota stabilita dalla tesoreria, oppure verserà personalmente alla tesoreria, qualora sia libero professionista, con decorrenza dalla data di adesione.

NB.: Nel caso di dimissioni avvisare la segreteria provinciale SNAMI

lì

Firma _____

* Segnare la voce che interessa, compilare, firmare e spedire a:

SNAMI Via Foppa 3 - 25122 - Brescia (Tel. e fax 03046464 * E-mail: segreteria@snamibs.org)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per gli usi consentiti dalla legge in base alla norma 675/96 e successive modifiche.

Firma _____