



Sede Regionale Via Ponte Nuovo , 2 04022 Fondi (LT) - C.F. 90071320593 - Tel.338-6029280

A Laziopediatrica libera – Lapel

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE IN _____ C.A.P. _____ PROV. _____

VIA _____ TEL. _____

MAIL

- PEDIATRA DI LIBERA SCELTA IN _____ PROV. _____ ASL _____
DISTRETTO _____ CODICE REGIONALE _____
 - PEDIATRA OSPEDALIERO PRESSO _____ PROV. _____ ASL _____
 - PEDIATRA LIBERO-PROFESSIONALE SEDE LEGALE _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE A **Laziopediatricolibera – Lapel**

_____ , li _____

FIRMA

Laziopediatrica libera – Lapel

Via Ponte Nuovo, 2 Fondi (LT)

ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA' REGIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

ABITANTE IN C.A.P PROV.

VIA TEL.

MAIL

PEDIATRA PLS/OSPEDALIERO IN PROV. ASL DISTRETTO

DELEGA codesto ASSESSORATO a trattenere dai propri emolumenti ed a versare presso la

FILIALE DELLA BANCA 05387-BPER BANCA SPA

IBAN: IT 47J 05387 74160 0000 0 3216053

BIC: BPM0IT22XXX

a favore di LAZIOPEDIATRICALIBERA-LAPEL ,la quota associativa nella misura di 30,00 € . La delega ha validità annuale e decorre dal 1° giorno del mese in corso, fino alla revoca da parte del sottoscritto/a , che vi dovrà pervenire solo per mezzo A/R.

- REVOCA con effetto immediato, giuridico ed economico ,la precedente delega sindacale rilasciata al sindacato firma

—li,

FIRMA