



S.N.A.M.I.D

Azienda USL BO105

**Il Dott** \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Cod.fiscale \_\_\_\_\_ esercente la professione nel settore  
Medicina Generale/Pediatria - Continuità Assistenziale - Medicina dei Servizi

Codice Regionale \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

abitante in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

studio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Orario \_\_\_\_\_

**Chiede l'iscrizione alla S.N.A.M.I.D. Nazionale, per il tramite della sezione di Bologna**

Dott. \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

*"Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi della Legge 196/2003, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari"*

Dott. \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**Alla Azienda BO 105**

**Settore Medicina Generale e**

**Pediatria di libera scelta**

**SEDE BOLOGNA**

**SNAMID di BOLOGNA**

**via G.A. Perti, 22 - 40134 Bologna**

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N.Codice Regionale \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ Azienda BO 105 \_\_\_\_\_

delega codesta amministrazione a trattenere dai propri emolumenti ed a versare mensilmente alla locale sezione SNAMID la quota associativa di **€ 8,00** misura fissata dalla Società. La presente delega decorre dal ricevimento della presente comunicazione e fino alla revoca della stessa da parte del sottoscritto.

Dott. \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN IT02H010050240200000012646**