



Sezione Provinciale di Catania

Catania, _____

Il sottoscritto ___ dr./dr.ssa _____

abitante a _____ via _____

tel. Abitazione _____ Cellulare _____

studio a _____ in via/piazza _____ CAP _____

e-mail _____ tel. Studio _____

orario di studio _____

ASL di appartenenza _____ , distretto di _____ (ex _____)

aderisce allo SNAMI settore;

- Medicina dei Servizi
- Continuità Assistenziale (ex Guardia medica)
- Dirigenza medica
- Assistenza Primaria (Medicina Generale)
- Emergenza Sanitaria Territoriale
- altro _____

FIRMA

Si autorizza l'ASL di appartenenza a trattenere la quota mensile associativa nella Misura di euro/Percentuale del _____ €/oo da versare sul c/c n. 7547064 del Credito Siciliano di Catania – intestato a S.N.A.M.I. Sez. Provinciale di Catania – via Francesco Fusco 19 – 95128 Catania. IBAN: **IT 44 P 03019 16903 000007547064.**

Si autorizza lo SNAMI al trattamento dei propri dati personali, ai sensi della legge 31/12/96 n. 675.

FIRMA
