

La Segreteria dell'Associazione consegnerà questo modulo all'Uff. Risorse Umane ASL di IMOLA una sola volta all'anno, come da accordi precedenti fra la Direzione Generale AUSL e il Presidente

ALLEGATO 2 (scrivere leggibile) accettato anche in formato Pdf

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

Nato/a a Prov.....il.....

Residente a..... Prov..... CAP..... Via

Tel. Casa..... Tel. Studio.....

Email _____@_____

CF..... PI

Svolgono la seguente professione sanitaria presso questa AUSL:

Nella qualità di

θ Medico di MG Convenzionato SSN (MMG) / Continuità Assistenziale (CA)

θ Pediatra di Libera Scelta Convenzionato SSN

θ Spec. convenzionato –tipo SUMAI

D E L E G A

L'ASL di competenza ad effettuare la trattenuta della quota associativa annuale di appartenenza all'Associazione "Professione Medica e Sanità" del Comprensorio Imolese in un'unica soluzione, entro il mese di Febbraio di ogni anno.

L'ammontare della quota sarà stabilita annualmente dal Direttivo dell'Associazione.

L'ASL deve accreditare tale somma sul

c/c N° 161124 del BANCO BPM, Agenzia di Viale Pampera 18 – Imola

Intestato all' Associazione "Professione Medica"

Codice IBAN IT 24X 05034 21008 000 000 161124

Data FIRMA leggibile