

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

Dichiara di aver versato la quota associativa di cui allega ricevuta di pagamento, effettuato con bonifico bancario:

- c/c n. 000000140000 **IBAN IT79H0100501612000000140000** – intestato ANAAO ASSOMED c/o BNL AG. 12 - Milano
- c/c n. 000000310600 **IBAN IT27V0344001603000000310600** – intestato ANAAO ASSOMED c/o Banco di Desio e della Brianza AG. 59 – Milano

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* _____

data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 per l'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali e degli scopi statutari dell'ANAAO ASSOMED.

Si acconsente altresì che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro, e/o Enti previdenziali e/o Amministrazioni pubbliche, e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

Ai sensi e nel rispetto degli artt. 130 e 133 del D.lgs. 196/2003 si conferisce inoltre autorizzazione a inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi E-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni e adempimenti da parte dell'ANAAO ASSOMED e delle Società dalla stessa controllate e/o partecipate.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa D.LGS. 196/2003 relativa alla *TUTELA DEI DATI PERSONALI* pubblicata sul sito ufficiale www.anaao.it.

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* _____

data _____