



NURSIND

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Sede Legale: via Barsanti 12 – 47923 Rimini
Fax: 0541 1835034 – Mail: romagna@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda

La/il sottoscritta/o

nata/o a

il

residente in via

n°

Città

Prov.

CAP

tel.

cell.

Email:

Codice Fiscale

qualifica

matricola

in servizio presso

SI ISCRIVE AL SINDACATO NURSIND

Con la presente delega che ha decorrenza immediata, l'associato versa una quota pari ad **€ 12/mese per 12 mesi con il pagamento in un'unica soluzione, per un importo di € 144**, (nel caso di anno in corso si procederà con il solo pagamento dei mesi effettivi) con la quale intende assolvere all'obbligo del pagamento del contributo associativo. Il versamento dovrà essere effettuato sulle seguenti coordinate:

BANCO DESIO - Ag. di Rimini - IBAN: IT95 P034 3124 2000 0000 0222 380

La causale del pagamento è: **Pagamento quota associativa al Sindacato Nursind, anno**

Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato

data in fede _____

Ai sensi del D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind.

data

in fede _____