

Compilare, **firmare** (entrambe le sezioni) e rispedire a :
(1^ PARTE)

CONFEDERAZIONE ITALIANA PEDIATRI (C.I.Pe.)
“FEDERAZIONE REGIONALE ABRUZZO”
Tredicesimo Vico Garibaldi, 3/a - 66050 San Salvo (CH)

Spett.le C.I.Pe. ,

___ Sottoscritt ___ Cod. Regionale _____

Indirizzo Abitazione _____ CAP _____ Via _____

tel. _____ cell. _____

Indirizzo Studio _____ CAP _____ Via _____

tel _____ Fax _____

e-mail _____

Chiede l'iscrizione alla Sezione Abruzzese della C.I.Pe. .

Segnalo la sede della mia Azienda: ASL _____

Via _____ SEDE _____ Cap _____

li' _____

FIRMA

(2 ^ PARTE)

=====

CONFEDERAZIONE ITALIANA PEDIATRI (C.I.Pe.)
Federazione Regionale Abruzzo

- Spett.le Assessorato Regionale Sanita'
Regione ABRUZZO

- Spett.le ASL _____

___ Sottoscritt_ Dott. /ssa _____

domiciliat_ in _____ Via _____

Codice Regionale N.° _____

Convenzionat ___ in qualita' di Specialista in Pediatria a: _____

ASL n. _____ DELEGA codesto Assessorato a trattenere dai propri emolumenti e a versare mensilmente a favore del Sindacato: C.I.PE. CONFEDERAZIONE ITALIANA PEDIATRI Federazione Abruzzo - Tredicesimo Vico Garibaldi, 3/a - 66050 San Salvo (CH) , C/c Bancario presso CARICHIETI - Filiale Atessa n.1 - Codice IBAN: IT59 C060 5077 571C C014 0080 808 la quota associativa nella misura fissata dal sindacato. La presente delega decorre dal 1° giorno del mese in corso , ha validita' annuale ed e' tacitamente rinnovata di anno in anno , 01 gennaio – 31 Dicembre di ogni anno solare , fino alla revoca della stessa da parte del ___ sottoscritt___ che vi dovra' pervenire entro e non oltre il 01 Settembre dell'anno solare precedente, solo a mezzo raccomandata con R/r.Tale revoca decorrerà in ogni caso dal 10 gennaio dell'anno successivo all'anno di revoca. La presente delega , inoltre , revoca, con effetto immediato, la precedente delega sindacale rilasciata in favore di altro sindacato, con decorrenza giuridica ed economica analoga alla presente delega.

li' _____

FIRMA