Il sottoscritto Dott._____ e-mail_____

abitante a _____ Via _____

Tel. ab. _____ Tel. st. _____cell. _____

chiede di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI in qualità di:

ڤ Dipendente dell'AS/Ospedale _____

ڤ Convenzionato con la AS ____ Distretto n. _____ Cod. regionale n.____quale medico di

○ Assistenza Primaria ○ Continuità Assistenziale ○ Emergenza Sanitaria Territoriale ○ Medicina dei Servizi

ڤ altro

autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita dalla Tesoreria provinciale di _____12 Euro_____

La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria SNAMI.

Data _____ firma _____

Der unterfertigte Dr._____ E-mail_____

wohnhaft in_____ Strasse_____

Tel. Wohnung_____ Tel. Dienst _____Funk _____

ersucht um Einschreibung in das Nat.le Autonome Syndikat der ital. Ärzte – SNAMI in Funktion als:

ڤ Angestellter des SB/Krankenhaus

ڤ konventioniert mit dem SB _____ Sprengel Nr. _____ Kodex Nr. _____als Arzt für

○ Primärversorgung ○ Betreuungskontinuität ○ Notfallmedizinische Betreuung im Territorium ○ Medizinische Dienste

ڤ Anderes

ermächtigt das obgenannte Amt den vom Landesschatzamt von____Euro 12_____ festgelegten Beitrag einzubehalten.

Dieser Auftrag ist bindend bis zu meiner persönlich an das Sekretariat der SNAMI geschickten Kündigung.

Datum _____ Unterschrift _____