Il sottoscritto dott._____e-mail _____

abitante a_____in via _____

tel.ab._____tel.serv._____cell._____dic

hiara di voler essere iscritto al sindacato medici di medicina generale Prov. Bz e quindi autorizza l'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria_____ a trattenere la somma di € 6 mensili quale quota associativa e versarla al sindacato medici sul c/c 148000 (IT11I0604511600000000148000) della Cassa di Risparmio, Sede di Bolzano.

La delega è permanente, salvo mia personale disdetta, ed ha effetto immediato.

Data_____ firma_____

Der unterfertigte Dr._____E-mail_____

wohnhaft in_____Strasse_____

Tel.Wohnung_____Tel.Dienst_____Handy_____

erklärt Mitglied des Ärztesyndikates für Allgemeinmedizin Prov.Bz zu sein und autorisiert die Verwaltung des Sanitätsbetriebes_____ ihm von seinen Bezügen monatlich di Summe von € 6 abzuziehen und dem Ärztesyndikat auf das Konto 148000 (IT11I0604511600000000148000) bei der Südtiroler Sparkasse, Niederlassung in Bozen zu überweisen.

Diese Vollmacht hat unbefristete Gültigkeit, es sei denn, sie wird von mir schriftlich wiederrufen.

Datum_____ Unterschrift_____