



NURSIND – Segreteria Provinciale di Roma

www.nursindroma.net

tel 0699925553 fax 0698382809

email: segreteriaroma@nursind.it – roma@nursind.it

Alla Segreteria Territoriale NurSind di Roma

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a..... Prov. il / /

Residente in Via n°

Città Prov. CAP

Tel. Cell.

Email:

Codice Fiscale

Qualifica.....

in servizio presso (per i liberi professionisti)

Libero Professionista Disoccupato

Aderisce al Sindacato NurSind

con decorrenza immediata pagando la somma annuale di €130,80 (10,90€ per 12 mensilità) con bonifico bancario al seguente codice IBAN **IT84J0306234210000001883248** intestato a NURSIND Segreteria Provinciale di Roma.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

Data ___ / ___ / ___

in fede _____

Ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi NurSind e alla trasmissione dei dati al Broker convenzionato con il sindacato esclusivamente per la stipula della polizza sulla RC professionale inclusa nell'iscrizione.

Data ___ / ___ / ___

in fede _____