C.R.A.L Sanità Valtellina

MODULO DI ISCRIZIONE AL CRAL

Anno di iscrizione: _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ **Città:** _____ **Prov.:** ___

CONTATTI

Telefono: _____**Email:** _____

DATI LAVORATIVI

Azienda / Ente: _____

Matricola (se prevista): _____**Ufficio / Reparto:** _____

QUOTA ASSOCIATIVA

Importo annuo: € 20,00
Modalità di pagamento:

☐ Trattenuta in busta paga
☐ Bonifico bancario

DISDETTA ENTRO IL 31/12 VIA MAIL A cralaovv@gmail.com

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse alle attività del CRAL.

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo

Luogo e data: _____ **Firma del richiedente:** _____