



C.I.D.E.C. CONFEDERAZIONE ITALIANA DEGLI ESERCENTI COMMERCianti - ARTIGIANI
ED ARTISTI - INDUSTRIALI - AGRICOLTORI - DELLE ATTIVITÀ DEL TERZIARIO
DELL'INFORMATICA E TELEMATICA - DELLE PROFESSIONI IN CAMPO LEGALE
ECONOMICO TECNICO E CONTABILE DEL TURISMO E DEI SERVIZI



di Rilevanza Nazionale ex D.M. 17 marzo 1993 - G.U. N. 75/31.3.1993

DOMANDA DI ISCRIZIONE FEDERAZIONE SANITA'

Il sottoscritto/a..... nato a.....()
il..... e residente inCap.....Prov.....
Tel.Via/P.zan°.....
nella qualità didella ☐ Ditta individuale ☐ Società ☐
denominata
con sede a Via/P.zan°.....
Tel. Fax Internet E-mail
Codice Fiscale :Partita I.V.A.
Specificare attività:
iscritta nei seguenti albi, ruoli e registri presso la Camera di Commercio di.....
Registro Imprese N.
inoltre iscritta : presso la sede territoriale INPS diCod. Pos. N.

CHIEDE

di essere iscritto/a alla C.I.D.E.C. nella specifica categoria di appartenenza e di accettare tutte le norme previste dallo Statuto della C.I.D.E.C., dai suoi Regolamenti e dai suoi Deliberati di tutti i suoi organi statutari.

DELEGA

C.I.D.E.C. per i rapporti diretti e indiretti con gli Enti Locali (Comuni, Province, Regioni, Camere di Commercio, ecc.) e quante altre parti e controparti nei rapporti di rappresentanza e tutela sindacale.

DICHIARA

- di conoscere e di accettare lo Statuto della C.I.D.E.C. e quello della FEDERAZIONE SANITA' e di aderire alla medesima, assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti ed in particolare quello di versare i contributi associativi nelle misure e nelle forme determinate dagli Organi Statutari, in via diretta;
- è consapevole che l'iscrizione s'intende rinnovata di anno in anno e fino a revoca da presentare in forma scritta e comunicata almeno tre mesi prima della scadenza.
- ricevuta l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 12-13 del GDPR CODICE PRIVACY 679/2016, di consentire il trattamento degli stessi dati per tutte le finalità previste dalla Statuto, oltre che per l'espletamento di incarichi conferiti in forma scritta.

QUOTA ISCRIZIONE: € 100,00 (CENTO/00)

MODALITA' DI PAGAMENTO

- ☐ TRAMITE BONIFICO DIRETTO
- ☐ TRAMITE INPS
- ☐ CONTANTE

IBAN: IT89R08713171000000000002302
BCC di Pachino

Luogo - Data - Firma

CFEDERAZIONE SANITA' C.I.D.E.C.
Sede Legale: P.zza del Plebiscito, 1 - 9010 Solarino (SR)
contatti: Tel./Fax 0931921051 - Cell. 3939 51905