



SNAMI PROVINCIA DI BOLZANO
SNAMI PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

MODULO D' ISCRIZIONE - EINSCHREIBEFORMULAR

La/Il sottoscritta/o Dr. - Die/Der unterfertigte Dr.

Nome - Vorname _____

Cognome - Nachname _____

Indirizzo - Adresse _____

Telefono – Telefonnummer _____

Cellulare - Handynummer _____

Indirizzo EMAIL Adresse _____

chiede di iscriversi allo SNAMI
(Sindacato Nazionale Autonomo Medici
Italiani) della Provincia di Bolzano

ed autorizza l'Azienda Sanitaria a
trattenere la quota mensile stabilita dalla
Tesoreria Provinciale SNAMI.

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

snami.bolzano@gmail.com oppure
bolzano@pec.snami.org

ersucht um die Einschreibung in den
SNAMI (Sindacato Nazionale Autonomo
Medici Italiani) Provinz Bozen - Südtirol

und ermächtigt den Sanitätsbetrieb den
vom SNAMI festgelegten monatlichen
Betrag einzubehalten.

Dieser Auftrag ist bindend bis zu meiner
Kündigung, die ich an das Sekretariat SNAMI
Provinz Bozen senden werde:

snami.bolzano@gmail.com oder
bolzano@pec.snami.org

Luogo – Ort

Data -Datum

Firma - Unterschrift