



Spett.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITÀ'
Via Sebastiano Valfrè, 14 - 10121 Torino (TO)
federazionesanita@confederazionecnl.it

Oggetto: Adesione Federazione Nazionale Sanità C.N.L. 2019

Il/la Sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____ in qualità di Titolare / Legale
rappresentante della ditta _____ con sede in _____,
Via _____ n° _____, C.F. _____ P.IVA _____,
settore _____ Cod. Attività _____ . _____ . _____ mail _____
tel. _____ Fax _____ cell. _____ PEC _____ con la

sottoscrizione della presente,

CHIEDE DI ADERIRE

alla Federazione Nazionale Sanità di emanazione diretta CNL, dichiarando di conoscere e accettare lo Statuto CNL e assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi, nelle misure e nelle forme determinate dagli organi statutari, in via diretta, o tramite Istituti Convenzionati, anche ai sensi della legge 4 Giugno 1973 n.311 e successive modificazioni, unitamente, in quest'ultimo caso, al versamento dei contributi obbligatori stabiliti dalle norme.

E' consapevole che l'eventuale recesso dalla CNL deve essere comunicato per iscritto a mezza raccomandata r.r. almeno tre mesi prima della fine dell'anno solare. Ai fini della cessazione del versamento del contributo associativo, la CNL provvederà a trasmettere la comunicazione del recesso alla competente sede territoriale dell'ente previdenziale convenzionato; fatti salvi altri obblighi statutari, il recesso produrrà effetto, ai predetti fini, non prima dell'anno successivo a quello delle presentazione.

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati sopraindicati nel sistema informativo della CNL. Dichiaro altresì, di essere stato completamente informato della finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzarne il trattamento ai fini previsti. Autorizza e presta esplicito consenso al trattamento dei dati forniti alla CNL ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR).

La richiesta di adesione si intende accettata in seguito al pagamento della quota, per la quale verrà emessa idonea ricevuta.

QUOTA ASSOCIATIVA	<i>Euro 100,00</i>
MODALITA' DI PAGAMENTO	<i>BONIFICO BANCARIO</i>
CAUSALE	<i>"FED. SANITÀ' CNL" - RAGIONE SOCIALE DELL'ORDINANTE</i>
INTESTAZIONE CONTO CORRENTE	<i>CNL - CONFEDERAZIONE NAZIONALE DEL LAVORO</i>
COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI	<i>IT49 Z 07601 04400 001043153434</i>

Luogo e data: _____

Firma Associato _____

FEDERAZIONE NAZIONALE SANITÀ' C.N.L.
Via Sebastiano Valfrè, 14 - 10121 Torino (TO)
www.confederazionecnl.it
e-mail: federazionesanita@confederazionecnl.it