



S.N.A.M.I.
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO
MEDICI ITALIANI

Il/La sottoscritto/a dott./dott.^{ssa}

nato/a Pr. () il

e residente a Provincia ()

in Via tel/cell:

Email: Pec:

Medico di Medicina Generale Convenzionato

CHIEDE

l'iscrizione alla Sezione Provinciale S.N.A.M.I.

Trieste

C/O dott. Ronald Tramarin - via Cicerone 11- 34100 Trieste

DELEGA

il Consiglio Direttivo dello SNAMI della Provincia di Trieste nella persona del suo Presidente pro tempore dott. Ronald Tramarin, a rappresentarla/o per la tutela dei suoi interessi morali e professionali davanti alle Autorità firmatarie della convenzione e ovunque sia richiesta la rappresentanza sindacale. Autorizza lo stesso Sindacato, nella persona del suo Presidente, a far trattenere dalla Azienda Sanitaria nella quale il sottoscritto opera, la quota di ritenuta sindacale nella misura determinata dal Consiglio Direttivo stesso su tutti gli emolumenti, da versare sul conto corrente: IT49X0103002232 0000019715 60 intestato a SNAMI - sezione Trieste

La presente delega ha valore di revoca dell'iscrizione a qualsiasi altro Sindacato e riguarda tutte le tipologie dei rapporti convenzionali con le Aziende Sanitarie regionali.

Distinti saluti

li

FIRMA