



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.

Udine

C/O ORDINE DEI MEDICI - Via Diaz, 4- 33100 UDINE

DELEGA

*il Consiglio Direttivo dello SNAMI della Provincia di Udine nella persona del suo Presidente pro tempore **dott. Stefano Vignando**, 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 **SNAMI n° 8367 presso la Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone - filiale di Cervignano del Friuli -UB~:IT32Z0306963733100000001418.***

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