CRAL GRUPPO UNIPOL A.P.S.

2027

MODULO DI ADESIONE

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME): _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____

DATA DI NASCITA: _____ TEL.CASA: _____ CELL: _____

E-MAIL: _____

CHIEDE A CODESTO SPETTABILE CRAL DI ESSERE ACCETTATO IN QUALITA' DI SOCIO. DICHIARA DI ESSERE :

- DIPENDENTE DEL GRUPPO UNIPOL: _____

  sede di lavoro in _____ Via _____ Cap _____

- PENSIONATO O ESODATO DEL GRUPPO UNIPOL: _____

- AGENTE/SUBAGENTE/COLLABORATORE DEL GRUPPO UNIPOL: _____

  CODICE AG : _____

- AFFILIATO : _____

Per l'anno 2027 l'Importo della quota associativa è pari a € 10,00 da versare presso la sede del CRAL o da accreditare sul conto corrente presso Banco Posta intestato a CRAL GRUPPO UNIPOL n. IBAN IT 80 X 07601 02800 000067756791 (si prega di allegare copia del versamento)

Data _____

Firma _____

Ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 sulla tutela dei dati personali, gli organi statutari del CRAL useranno i dati dei soci *esclusivamente per promuovere ed informare sull'attività dell'Associazione*.

CRAL GRUPPO UNIPOL A.P.S.
Via Lorenzo Il Magnifico, 13
50129 Firenze
Tel. 055/485474 - 486641

sito : www.cralgruppounipol.it
e-mail : info@cralgruppounipol.it
cralgruppounipol@unipolsai.it