

DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCIO EFFETTIVO

*ANAGRAFICA**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Località di nascita _____ Prov. _____

Stato di nascita _____ Cittadinanza _____

Genere M F preferisco non specificarlo

Codice Fiscale _____ Partita IVA personale _____

Numero iscrizione Albo Professionale _____ Provincia Albo d'iscrizione _____

*INDIRIZZO**

Via/piazza _____ n. civico _____ Edificio/Scala _____

Presso _____ CAP _____

Comune _____ prov. _____ Frazione _____

*RECAPITI**

Telefono _____ E-mail alternativa _____

E-mail principale _____

PEC _____

AZIENDA DI COLLABORAZIONE

Denominazione _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Città _____ Prov. _____

Partita IVA _____ Tel: _____

Gruppo aziendale _____ Filiale di _____

Lavoratore: dipendente autonomo titolare/socio non esercitante la professione sanitaria

