



ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA DEI LABORATORI DI
ANALISI E DEI CENTRI AMBULATORIALI
PRIVATI ACCREDITATI

- MODULO ISCRIZIONE 2010 -

PERSONA FISICA oppure LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Cittadinanza _____

Attività svolta o carica sociale _____

[Dati della Società]

Denominazione e tipo di società _____

Sede legale _____ P.IVA _____

Nominativo del Legale Rappresentante _____

Branca di appartenenza:

[Laboratorio Analisi; Cardiologia;

Radiologia; Riabilitazione etc.etc]: _____

ASL _____ Distretto _____ Codice Regionale _____

◆DATI PER LA CORRISPONDENZA◆

Persona che gestirà i rapporti sindacali con FederLab-SBV _____

Indirizzo Postale completo [Via, n° civico, C.A.P. e Città]

Via _____ n° _____ C.A.P. _____ Città _____

☎ Telefono _____ ☎ Fax diretto _____ @E-Mail _____

Servizio SMS: n° di cellulare da attivare _____

CHIEDE

di aderire alla FEDERLAB-SBV in qualità di socio

ordinario

sostenitore

Il sottoscritto, inoltre:

1) si impegna a versare la quota di adesione alla FEDERLAB, nella misura stabilita dal Consiglio Direttivo;

2) dichiara di essere a conoscenza ad accettare espressamente le norme e procedure previste dallo Statuto pubblicato sul sito www.federlab.com;

3) l'associato è ordinario se il laboratorio rientra nella classificazione "di primo livello" prevista dalla Delibera di Giunta Regionale n. 377 del 3/2/98, mentre è sostenitore in tutti gli altri casi;

4) l'associato è tenuto al pagamento della quota associativa annuale e degli eventuali contributi straordinari deliberati a norma di Statuto, nonché all'osservanza scrupolosa e puntuale delle norme Statuarie ed a conformarsi a tutte le delibere, decisioni, direttive e convenzioni adottate dagli organi dell'Associazione art.4

5) si impegna a fornire all'Associazione tutta la documentazione amministrativa che eventualmente gli verrà richiesta, ed a trattenere copia della presente domanda quale stralcio dello Statuto.

6) autorizza l'Associazione FederLab-SBV al trattamento dei dati ai sensi della Legge 196/2003.

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____

Per espressa accettazione dei punti 1 (quota adesione) e 4 (obblighi dell'associato)

Luogo e data _____

Timbro e firma _____

Quota Ass. 2010: Socio Ord. [I liv.] € 800,00 ; Socio Sost . [II liv.] € 1.400,00; Centri Polispecialistici € 2.000,00

Coordinate Bancarie: IBAN: IT 31 L 06155 03400 000000001067 Cassa di Risparmio di Ferrara - Via Riviera di Chiaia 207 - Napoli