



CIRCOLO RICREATIVO
DELLA SANITA' VERONESE

37126 VERONA - P.ZZA A. STEFANI,1 - TEL.045 8122115 - FAX 045 8122954
www.circolosanitavr.it - mail: circolosanitavr@gmail.com

SCHEDA DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
DIPENDENTE DELL' AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' INTEGRATA /
U.L.S.S. N° 9 SCALIGERA IN SERVIZIO PRESSO IL REPARTO /
DIVISIONE / LABORATORIO / UFFICIO _____
CON LA QUALIFICA DI _____

chiede

DI ESSERE ISCRITTO/A QUALE SOCIO/A EFFETTIVO AL CIRCOLO
RICREATIVO DELLA SANITA' VERONESE. CON LA PRESENTE,
AUTORIZZO L' A. O. U. I. / ULSS 9 SCALIGERA AD EFFETTUARE LA
TRATTENUTA SULLO STIPENDIO PER N° 1 RATA NEL MESE
DI PER L' IMPORTO DI € 13,00 (TREDICI) QUALE QUOTA
D' ISCRIZIONE PER L'ANNO E DI VERSARLO DIRETTAMENTE SUL
CONTO CORRENTE DEL CIRCOLO RICREATIVO DELLA SANITA'
VERONESE COD. IBAN IT 48 M 02008 11725 000003853902
LA PRESENTE ISCRIZIONE SI INTENDE TACITAMENTE VALIDA E QUINDI
RINNOVATA DI ANNO IN ANNO, SALVO MIA DISDETTA.

IN FEDE

(firma

N.BADGE

Verona,