



ASSOCIAZIONE AVVOCATURA DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI

ASSOCIAZIONE A.A.D.O.S.S.

C.F. 97761890587

Via Gesualdo Bufalino n. 12, scala C, int. 3 - 00139 Roma

tel. 06.97274485

3389763702

3338911795

[www.aadi.it](http://www.aadi.it) - [legale@aadi.it](mailto:legale@aadi.it)

## MODULO DI ISCRIZIONE ANNUALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ email (non inserire l'email aziendale)

nome azienda \_\_\_\_\_

indirizzo azienda Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (Pr. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

si iscrive all'AADOSS intestando il bonifico a A.A.D.I., versando centottanta (180) euro nel seguente conto corrente IBAN del Banco BPM:

**IT14M0503403268000000023095**

con la seguente causale: iscrizione AADOSS.

L'iscrizione sarà operativa dall'effettivo trasferimento di pagamento e avrà durata di un anno.

Preso atto del G.D.P.R. n. 679/2016, il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione A.D.O.S.S. a trattare i propri dati personali per le finalità di cui alla presente iscrizione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_