

**VERSAMENTO  
DEL  
LAVORATORE  
TRAMITE  
RID  
BANCARIO**

REGIONE			TESSERAMENTO	
PROVINCIA			ANNO 20__	
<b>Sindacato Lavoratori Industria Farmaceutica -cobas</b>				
P	Cognome			
A	Nome	sesto	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
R	nato/a a	il		
T	residente a			
E	via	numero		
	provincia	c.a.p.		
P	telefono			
E	E-mail			
R	nazionalità			
	titolo di studio			
I	cod. fiscale			
L	qualifica			
	livello e P.O.	tipo di contratto		
S	azienda			
I N D	<b>CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SINDACATO</b>			
A	Data	Firma leggibile		
C				
A	Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei miei dati personali ai sensi della legge n° 196/03,			
T	consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.			
O	Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati agli Enti Previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.			
	Data	Firma leggibile		

Spett.le Banca		
via		
c.a.p.	Città prov	
		
<b>Sindacato Lavoratori Industria Farmaceutica - cobas</b>		
<b>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</b>		
P	cognome	
A	nome	
R	nato/a il a	
T	residente a	
E	titolare presso la vostra Sede del Conto Corrente N°	
P	<b>AUTORIZZA CODESTA BANCA</b>	
E	1- Affinché disponga un <b>bonifico</b> mensile di <b>Euro 17</b> (aggiornamento 2007), a partire dalla data odierna, a favore del <b>Sindacato Lavoratori industria Farmaceutica ( SLF )</b> , con addebito nel conto del sottoscritto, a condizione che, al momento del pagamento, il conto sia in essere ed assicurati disponibilità sufficienti.	
R	<b>Effettuare i versamenti presso : Banca Nazionale del Lavoro</b>	
L	<b>Codice IBAN : IT58Z010054283000000009134 -</b>	
A	<b>Intestazione C/C : Sindacato Lavoratori industria Farmaceutica (SLF)</b>	
B	2- <u>Effettuare il versamento su 13 mensilità.</u>	
A	3- Motivazione da riportare nella causale : " <b>Quota Associativa</b> ".	
N	4- Tale autorizzazione deve intendersi fino a revoca.	
C	Data	Firma leggibile
A	Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei miei dati personali ai sensi dell'art.10 legge n° 196/03,	
	consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.	
	Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati agli Enti Previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.	
	Data	Firma leggibile