



NurSind
**Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche**
Segreteria Provinciale di Roma

Recapito tel./fax 06/99925553
segreteriaroma@nursind.it - roma@pec.nursind.it
Via Casale Marittimo n. 2 - 00138 Roma
www.nursindroma.net

Il sottoscritto..... nata/o a.....il / /

Residente in via n°

Città Prov. (___) CAP

Tel. Cell.

Email:

Codice Fiscale

in qualità di Libero Professionista

si iscrive

al sindacato **NURSIND** con decorrenza immediata pagando la somma annuale di €106,80 (8,90€ per 12 mensilità) con bonifico bancario al seguente codice IBAN **IT84J0306234210000001883248** o con bollettino postale al C/C 85729416 intestato a NURSIND Segreteria Provinciale di Roma.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

Data ___ / ___ / ___ in fede _____

Ai sensi del D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind.

Data ___ / ___ / ___ in fede _____