



ANISAP

ANISAP

Sede Regionale della Calabria

Presidente Dr Edoardo Macino

Via R. Piria, 25 89013 Gioia Tauro - Tel 3470781686

MODULO DI ISCRIZIONE ALL'ANISAP-CALABRIA

Io Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n _____ CAP _____

Titolare / Rappresentate legale/direttore della struttura _____ con sede a

_____ in via _____ n _____ ASL di

appartenenza _____ Ragione Sociale _____ Partita

IVA _____ tel _____ fax _____ e-mail _____ autorizzata per:

Accreditata per:

Certificata dal _____ ente certificatore _____ Tipo di

certificazione _____

CHIEDO

DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANISAP CALABRIA.

DICHIARO

Che la struttura da me rappresentata è in regola con le vigenti disposizioni di legge, di

Ho _____ effettuato _____ il _____ versamento _____ di _____ euro _____ 450 _____ in
data _____ tramite _____ per l'anno sociale _____

Dichiaro di accettare il trattamento dei dati personali in base al G.D.P.R. 679/16

li _____ data _____

FIRMA