

ASSIDIPOST

Federmanager Professional
Gruppo Poste Italiane SpA

Il Sottoscritto,

Cognome _____

Nome _____

Nato il _____ a _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo abitazione _____

Cap _____ Città _____

Tel. _____ Cell. _____

E-Mail _____

Società di appartenenza _____

Struttura di appartenenza _____

Sede di lavoro _____

Tel. Uff. _____ FAX _____

Dichiara la propria adesione all'ASSIDIPOST-FEDERMANAGER *Professional*.

Autorizza altresì la propria sede contabile aziendale a trattenere mensilmente la quota associativa stabilita da Assidipost-Federmanager, a decorrere dal _____

Il sottoscritto prende atto che la revoca della propria adesione ad ASSIDIPOST-FEDERMANAGER *Professional* può essere effettuata non oltre il 31 ottobre di ciascun anno ed ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. La comunicazione di revoca va indirizzata ad Assidipost-Federmanager via Ravenna 14- 00161 Roma mediante raccomandata AR. O via Fax. Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto esprime il consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla Associazione in epigrafe.

Il _____

Firma