

**DOMANDA di AMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Tel. Ambulatorio: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Mail per Comunicazioni: \_\_\_\_\_

Mail PEC: \_\_\_\_\_

con studio medico in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Cod. Regionale: \_\_\_\_\_ Cartella Clinica: \_\_\_\_\_

**(Si ringrazia per la compilazione puntuale dei dati richiesti al fine di facilitare le comunicazioni al socio)**

Rivolge domanda al Consiglio di Amministrazione di codesta società cooperativa per essere ammesso quale socio, accettando sin da ora il contenuto dello statuto sociale e dei regolamenti vigenti. A tal fine **dichiara** di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ e di esercitare la professione di Medico di Medicina Generale (MMG)/ Pediatra Libera Scelta (PLS).

**Allega, inoltre, copia del bonifico bancario di € 500,00 effettuato accreditando il c/c di codesta cooperativa, acceso presso la filiale di Albino della banca Intesa San Paolo spa, di cui all'IBAN: IT94V030695248010000003168, corrispondenti a quanto sotto indicato:**

a) Quota di Capitale Sociale	€	100,00
b) Sovrattassa di Ammissione	€	400,00
		-----
Totale versato	€	500,00
		=====

Bergamo, \_\_\_\_\_

Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_