

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: _____

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). Dichiara altresì di aver letto e compreso l'informativa ai sensi dell'art DELL'ART. 13 Reg. UE 2016/679.

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
		=====

Come da delibera del CdA del 20/01/2021, la quota di € 500,00 può essere versata in 5 anni e conguagliata eventualmente da altre attività del medico a favore di IML.

Bergamo, _____

Dott. / Dott.ssa _____