



**DOMANDA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA ALLA
FONDAZIONE O.N.A.O.S.I.**
(Laureati in Medicina-Chirurgia, Odontoiatria, Medicina
Veterinaria, Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutica)

N. CODICE

(riservato all'ufficio)

Già Dipendente Pubblico
dal
al
c/o

FONDAZIONE O.N.A.O.S.I.
Via Ruggero D'Andreotto, 18
06124 PERUGIA
FAX 075/5058404

ANNO 2010

La/Il sottoscritto/a.....Nata/o il
aCodice fiscale
Laureata/o inIscritta/o nell'anno
all'Ordine deidella Provincia di

Libero Professionista Convenzionato S.S.N. Altro

(oppure) Fino all'anno..... iscritta/o all'Ordine deiprov. di
Residente nel Comune di.....Prov.
Via.....CAP. TEL.
CELL..... FAX E-MAIL.....

ai sensi e per gli effetti della Legge 7 luglio 1901, n. 306 e successive modificazioni,

CHIEDE

di essere iscritta/o quale contribuente volontaria/o a codesta Fondazione, **dichiarando di conoscere lo Statuto, i Regolamenti vigenti pubblicati nel sito www.onaosi.it. e di accettarli per come essi definiscono la vita e l'organizzazione della Fondazione**

COMUNICA

di effettuare il pagamento della quota ONAOSI contestualmente all'atto della prima iscrizione volontaria – tramite (barrare la relativa casella):

c/c postale

Conto corrente postale						
IBAN (coordinate bancarie internazionali)	Paese	Check Digit	CIN	Cod. ABI	CAB	N° Conto
	IT	07	K	07601	03000	000010071066
CODICE BIC					BPPIITRRXXX	
INTESTAZIONE	"FONDAZIONE ONAOSI – Gestione Altre Entrate - SERVIZIO TESORERIA PERUGIA"					

c/c bancario

C/C di Tesoreria c/o Cassa Risparmio Lucca Pisa Livorno fil. Perugia – Via XX Settembre, 73						
IBAN (coordinate bancarie internazionali)	PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N° CONTO
	IT	36	W	06200	03000	00000000174
INTESTAZIONE	"FONDAZIONE ONAOSI SERVIZIO TESORERIA 06124 PERUGIA"					

Per i versamenti degli anni successivi l'ONAOSI invierà a domicilio uno o più bollettini MAV precompilati con l'esatto importo da pagare e la data di scadenza. Il bollettino potrà essere pagato, senza commissioni a carico del sanitario, presso un qualsiasi sportello bancario e/o postale.

(**Barrare nel caso di titolo alla riduzione della quota intera**) Trasmette (vedasi retro) la dichiarazione sostitutiva, comprovante il diritto a versare una somma ridotta rispetto ad € 155,00 (quota intera 2010).

La/Lo scrivente, pienamente informata/o ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, presta il consenso al trattamento dei dati personali propri, anche con mezzi informatici, nella misura strettamente necessaria all'assolvimento dei fini statutari e comunque nei limiti consentiti dalla normativa vigente in materia. In fede.

Data..... **FIRMA (leggibile)**.....

Si allega fotocopia del seguente documento di riconoscimento in corso di validità

_____ rilasciato da _____ il _____