



C.R.A.L. SANITA' CAMPANA

Via A. Manzoni 220 –80123 Napoli

cralsanitacampana@gmail.com

www.cralsanitacampana@gmail.com

Richiesta di iscrizione al Circolo Ricreativo Aziendale Lavoratori Sanità Campana

Il/la sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Indirizzo di Residenza: _____

Città: _____ Provincia: _____ CAP: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Azienda Sanitaria (specificare)_____

Socio Esterno

CHIEDE l'iscrizione al CRAL Sanità Campana di:

Opzione di iscrizione: (Scegliere una delle opzioni)

15 Euro iscrizione semplice annuale

72 Euro annuali iscrizione + strenna a Pasqua e a Natale (con bonifico bancario)

72 Euro annuali iscrizione + strenna a Pasqua e a Natale con ritenuta mensile in busta paga da 6€ (in questo caso compilare il modulo d presentare alla propria amministrazione)

Bonifico bancario su IBAN: IT17M0501803400000017199241

Intestato a Cral Sanità Campana

Firma del richiedente: _____

Data: ____ / ____ / ____

Autorizzazione Privacy e Comunicazioni: Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, autorizzo il CRAL Sanità Campana a trattare i miei dati personali esclusivamente per finalità legate alla gestione dell'iscrizione e alle attività del CRAL, comprese comunicazioni via e-mail, telefono e l'inserimento in uno dei gruppi WhatsApp ufficiali del CRAL.

(firma)