

Scheda Raccolta Dati per richiedere l'adesione alla Convenzione tra FASSID e Banca Popolare Milano (di seguito : B.P.M.) per anticipo  
Trattamento di Fine Servizio

Compilare possibilmente con il p.c. nella forma .pdf con la funzione "compila e firma"

_____											
Cognome						Nome					
Luogo di nascita						Data di nascita					
Città di Residenza e C.A.P.						via e n. civ.			e Prov.		
Cod.Fisc.											

_____ @ _____						_____					
Mail						Tel. Mobile					
_____						_ _ _ _			_ _ _		
Ordine Medici Prov. Di :						Anno d'iscrizione			N° Ordine		

Tipologia di lavoro :  Dipendente S S N      Altro : \_\_\_\_\_

Ultima Azienda di Lavoro : \_\_\_\_\_

Data di inizio della attività : | | |---| | |---| | | | |

Chiede informazioni sulle Modalità per aderire alla Convenzione tra FASSID e Banco B.P.M. S.p.A. per ottenere l'anticipo del Trattamento di Fine Servizio T.F.S.

Il Sottoscritto dichiara a tal fine di essere a tutt'oggi iscritto alla Federazione **FASSID** dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ attraverso la Associazione CoAS Medici Dirigenti, nella Sede di : \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma

L'Associazione CoAS Medici Dirigenti aderente a SIMET in FASSID, in rispetto delle norme sulla privacy, informa i Sottoscrittori che i loro dati personali comunicati con l'inoltro di questo stampato, non saranno utilizzati per finalità differenti all'oggetto di questo stampato e/o ceduti a "terzi". I dati qui contenuti saranno conservati in modalità informatizzata.

Luogo e Data

Firma

Rinviare debitamente compilato a : [segreteria@coasmedici.it](mailto:segreteria@coasmedici.it)