

Il sottoscritto/a Dr.
nato/a a il.....
residente inCAP via n°
tel..... e-mail

DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera/A.S.L.matr. N°.....
Presidio.....U.O.C. di
Tel. Indirizzo.....

Conferma con la presente di essere iscritto

al SINDACATO **F.A.S.S.I.D. /Co.A.S.** Medici Dirigenti, a partire dal

e chiede l'invio del “regalo **Co.A.S. 2012**” al seguente recapito postale :

Dott.
via n° CAP Città

Inviare questi dati a segreteria@coasmedici.it oppure al Fax : 070 609 4355

Data..... Firma.....