



DIPENDENTI IN PENSIONE COMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO

Il /la sottoscritto/a.....

.....

EMAIL:

TELEFONO.....

*Quota annuale **di 25€** in unica soluzione a mezzo bonifico.

Estremi di pagamento :

conto corrente del circolo (CRO)

iban: IT32A 06045 11611 0000000 62300

CAUSALE: iscrizione(CROfck) pensionato nome ,cognome e anno di riferimento.

Inviare modulo firmato e ricevuta di pagamento a : CROFCK.bz@sabes.it

**CIRCOLO RICREATIVO
OSPEDALIERO**

Acconsento al trattamento dei dati forniti nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari secondo la normativa vigente e riguardanti le iniziative promosse dal circolo.

Data.....

Firma.....