

Nationale Krankenpfliegergewerkschaft

Carlo Conti Rossini str. 26 - 00147 ROMA

Tel. 06 5121699 – 800 95 95 29

Internet: www.nursingup.it**Associazione Nazionale SINDACATO
Professionisti della Funzione infermieristica**

Via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 ROMA

Tel. 06 5121699 – 800 95 95 29

Internet: www.nursingup.it**KOORDINIERUNG AUTONOME PROVINZ BOZEN**

L. Boehler str. 5 – 39100 Bolzano

Tel 0471 909341 Fax 0471 909342

Internet : www.nursingup.bz.it**COORDINAMENTO PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

Via L. Boehler 5 – 39100 Bolzano

Tel 0471 909341 Fax 0471 909342

Internet : www.nursingup.bz.it**AN DIE KRANKENPFLEGERGEWERKSCHAFT
“NURSING UP”****Betreff:** Einschreibung in die Gewerkschaft Nursing Up

Die/der Unterfertigte _____

Beruf _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in _____ Postleitzahl _____

Prov. _____ Strasse _____

Tel. _____ St. nr. _____

E-mail _____

**tritt, in der Eigenschaft als Freiberufler, der Nationalen
Krankenpfliegergewerkschaft „NURSING UP“,
C. C. Rossini str. 26, Roma, bei.**

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ist 120,00 Euro und muß in einer einzigen Rate eingezahlt werden. Die Erneuerung der Mitgliedschaft erfolgt durch Einzahlung des Mitgliedsbeitrages innerhalb des Monats Jänner.

Die Überweisungen für die Gewerkschaft Nursing up sind auf das Konto bei der UBI in der Simone Martino str. 1-00143 Roma, **IBAN: IT89N031110324800000003838** lautend auf: Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica- via C. C. Rossini 26 – 00147 Roma, einzuzahlen.

Die Mitgliedschaft tritt sofort ab Erhalt dieser Einschreibung in Kraft und besteht bis zum Widerruf durch den Unterfertigten oder erlischt, wenn der Mitgliedsbeitrag nicht, wie oben beschrieben, im voraus eingezahlt wird.

Die/der Unterfertigte ist über die Verwendung seiner persönlichen Daten im Sinne des Art.10 des Gesetzes 675/96 aufgeklärt worden und stimmt deren Behandlung in dem für die Verfolgung der statutarisch vorgesehenen Zwecke erforderlichen Maße zu.

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

**AL SINDACATO INFERMIERISTICO
“ NURSING UP”****Oggetto:** Iscrizione sindacato Nursing Up

Il/La sottoscritto/a _____

qualifica _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ CAP _____

Prov. _____ Via _____

Tel. _____ C.F. _____

E-mail _____

**In qualità di libero professionista aderisce all'Associazione
Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione
Infermieristica „NURSING UP“ – via C. C. Rossini 26 – Roma.**

La quota associativa spettante nella misura fissata da quest'ultima è pari a 120,00 Euro e dovrà essere corrisposta in un'unica rata. Il rinnovo dell'iscrizione è da effettuarsi entro il mese di gennaio.

I versamenti delle trattenute di cui sopra dovranno essere effettuati in favore di Nursing up tramite bonifico bancario sul conto corrente bancario presso la UBI di via Simone Martino 1-00143 Roma, codice **IBAN IT89N031110324800000003838** intestato a: Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica- via C. C. Rossini 26 – 00147 Roma.

La presente iscrizione decorre immediatamente dal momento di ricezione fino a revoca da parte dello scrivente ovvero sino alla revoca automatica, nel caso non fossero pagate preliminarmente le quote semestrali di iscrizione previste.

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa attinente all'utilizzo dei suoi dati personali ai sensi dell'articolo 10 della Legge 675/96 consente al loro trattamento nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi sociali.

Luogo e data _____

Firma _____