



Cral Gruppo Bancario Mps Regione Lazio

Il sottoscritto _____

Qualifica _____ **se in servizio indicare la matricola** _____
(dipendente, pensionato)

recapito _____ **tel.** _____
(indicare il servizio ,dipendenza con codice filiale o la residenza se pensionato)

eventuale e-mail – internet _____

*** Dichiaro di aver preso visione dello Statuto di questa libera associazione e condividendone le finalità, assumendone gli impegni e manifestando la mia disponibilità alla collaborazione ove necessari, chiedo di essere iscritto al CRAL Gruppo Bancario MPS – Regione Lazio.**

*** Autorizzo, l'addebito della quota associativa mensile di euro 2,50 (nel cedolino stipendio per il **dipendente in servizio**), nonché dei corrispettivi dovuti per le manifestazioni cui aderirò.**

*** Mi impegno a versare, ogni inizio anno, le quote mensili in unica soluzione di euro 30,00 (per i **pensionati**) sul c/c IBAN - IT26Q0103003281000001575058 intestato al CRAL MPS LAZIO, nonché bonificare sul c/c del CRAL quanto dovuto per le manifestazioni cui aderirò.**

*** Autorizzo altresì il trattamento dei miei dati personali nell'ambito di questo Circolo.**

Luogo _____

Data _____

Firma _____

P.S. - Si prega di rimettere il modulo compilato e firmato tramite allegato mail a momenti@cralmpslazio.com