



**C.R.A.L. GRUPPO BANCARIO M.P.S.
REGIONE LAZIO**

Via N. A. Pedicino, 6 – 00156 ROMA tel. 06/82614233 fax 06/82613030

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 al CRAL G.B. MPS Regione Lazio – Via N. A. Pedicino, 6 – 00156 Roma o di inviarlo tramite fax allo 06/82613030.