

DELEGA PER TRATTENUTA E VERSAMENTO QUOTA SINDACALE – SIOD

Modulo da compilare ed inviare per PEC o Raccomandata A/R all'ASP di competenza assicurandosene l'avvenuta protocollazione

NOME SOCIETÀ: _____

DEL DOTT.: _____ **BRANCA SPECIALISTICA:** Odontostomatologia

C.F./P.IVA: _____ **INDIRIZZO SEDE OPERATIVA:** Via/Piazza _____

_____ **CITTÀ:** _____ **PROV.:** _____ **CAP:** _____

TEL. STUDIO: _____ **CELLULARE:** _____

E-MAIL: _____ **PEC:** _____

CODICE REGIONALE ACCREDITAMENTO: _____

ASP APPARTENENZA: _____

Il/la sottoscritto/a, presa visione e accettato lo Statuto <https://www.siod.it/statuto> del Sindacato Italiano Odontoiatria Democratica (SIOD), ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 e della Gazzetta Ufficiale n. 89 del 16 aprile 1988, **autorizza l'ASP di appartenenza a trattenere mensilmente, sul ruolo delle competenze che vengono corrisposte alla scrivente Struttura, l'importo della quota contributiva sindacale stabilita annualmente dal SIOD per le strutture odontoiatriche accreditate e convenzionate con il SSN, secondo la seguente tabella (barrare la casella scelta):**

- ☐ € 20,00/mese per budget annuale fino a € 100.000,00
- ☐ € 25,00/mese per budget annuale da € 100.001,00 a € 200.000,00
- ☐ € 30,00/mese per budget annuale superiore a € 200.001,00

- **Ed autorizza quindi la ASP di alla trattenuta pari a € mensili da versare sul seguente conto corrente intestato al Sindacato:**
 - **Banca:** CREDEM Credito Emiliano, Agenzia 4 PALERMO
 - **IBAN:** IT95S0303204603010001082826
 - **Intestato a:** SIOD

La presente delega ha validità a decorrere dalla data odierna, con rinnovo tacito, salvo revoca da comunicare entro il 31 ottobre di ciascun anno a mezzo raccomandata A/R o PEC.

Luogo e Data: _____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante: _____

() Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Firma: _____

- Da inviare poi, per conoscenza, da parte dell'associato, a: siodsicilia@gmail.com