



## Modulo di Adesione Ente Mutua di Assistenza Sanitaria

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

indirizzo e.mail \_\_\_\_\_

CHIEDE DI ADERIRE AL SEGUENTE PROGRAMMA:

**QUOTA DI ADESIONE** **EURO 15,00**  
**all'Ente Mutua Sanitas**

**PROGRAMMA "A" RICOVERO** **EURO 150,00**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

### DATA

\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.lgs 196/2003 , informiamo che i dati raccolti col la presente scheda saranno archiviati presso l'Ente Mutua Assistenza Sanitaria SANITAS di Cesena e utilizzati a fini amministrativi, contabili e organizzativi, nonché per informare sulle prossime nostre iniziative. I dati non saranno comunicati o diffusi; in ogni momento potrà essere richiesto l'aggiornamento, il blocco o la cancellazione.

Titolare del trattamento è l'Ente Mutua Assistenza Sanitaria SANITAS di Cesena. Con la consegna della presente, l'interessato esprime libero consenso ai trattamenti indicati.

\_\_\_\_\_  
Firma

IL PROGRAMMA DA LEI SOTTOSCRITTO SARÀ VALIDO DALLA DATA DEL \_\_\_\_\_ FINO AL 31/12/2013 E TACITAMENTE RINNOVATA DI ANNO IN ANNO SEMPRECHÉ NON SIA DATA DISDETTA IN FORMA SCRITTA ENTRO IL 31 OTTOBRE DELL'ANNO IN CORSO.