

**MODULO MEDICI INPS PER QUOTA ASSOCIATIVA ANNO \_\_\_\_\_**

**copia da inviare alla sede SMI [info@sindacatomedicialiani.it](mailto:info@sindacatomedicialiani.it) o fax 0694443406**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Libero professionista Specializzazione in \_\_\_\_\_

altra attività svolta con SSN \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' SVOLTA CON INPS**

Medico di controllo presso SEDE INPS di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Medico esterno presso SEDE INPS di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

medico strutturato presso SEDE INPS di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

ALLEGA copia del pagamento in favore di S.M.I., Via Livorno, 36 - 00162 Roma, con versamento sul C/C con cod. IBAN IT 31 C 07601 03800 000067373548 con la seguente modalità (una esclude l'altra, barrare quella utilizzata) e avendo indicato come CAUSALE : MEDICO INPS

- Versamento con bonifico di € 50,00 valido dalla data di sottoscrizione quale quota ordinaria di iscrizione, utilizzando il codice IBAN indicato
- Versamento di € 50,00 con bollettino postale sul c/c 67373548, valido dalla data di sottoscrizione.

(firma)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**MODULO MEDICI INPS PER QUOTA ASSOCIATIVA ANNO \_\_\_\_\_ copia da conservare**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Libero professionista Specializzazione in \_\_\_\_\_

altra attività svolta con SSN \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' SVOLTA CON INPS**

Medico di controllo presso SEDE INPS di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Medico esterno presso SEDE INPS di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

medico strutturato presso SEDE INPS di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

ALLEGA copia del pagamento in favore di S.M.I., Via Livorno, 36 - 00162 Roma, con versamento sul C/C con cod. IBAN IT 31 C 07601 03800 000067373548 con la seguente modalità (una esclude l'altra, barrare quella utilizzata) e avendo indicato come CAUSALE : MEDICO INPS

- Versamento con bonifico di € 50,00 valido dalla data di sottoscrizione quale quota ordinaria di iscrizione, utilizzando il codice IBAN indicato
- Versamento di € 50,00 con bollettino postale sul c/c 67373548, valido dalla data di sottoscrizione.

(firma)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_