



Associazione Nazionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private
Tel. 328.90.29.599

e-mail: infoanisap@gmail.com – pec: anisap@pec.it - sito web: www.anisapcampania.it

Da compilare a cura dell'Associazione

Data di ammissione _____

Prot. n. _____

DOMANDA DI AMMISSIONE

La preghiamo di voler compilare con cura tutte le seguenti voci in stampatello

Denominazione _____

P. IVA/Codice Fiscale _____

Sede: Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

n. telefonico (_____) _____ n. telefax (_____) _____

Sito Internet: _____ E – mail: _____

PEC _____

Legale Rappresentante _____ cell. _____

A.S.L. di appartenenza _____

ATTIVITA' ESERCITATA

- Emodialisi
- Laboratorio di Analisi
- Diagnostica per Immagini
- Branche a visita: (specificare) _____
- Medicina Fisica e Riabilitazione: Ex art. 44 L. n. 833/78 Ex art. 26 L. 833/78 e L.R. n. 11/84
- Poliambulatorio (specificare attività) _____

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dello Statuto utilizzando il sito internet www.anisapcampania.it, nonché degli obiettivi e finalità dell'Associazione, si impegna:

- alla scrupolosa osservanza delle norme statutarie (in particolare dell'art. 6 dello Statuto);
- a conformarsi a tutte le delibere, decisioni, direttive e convenzioni adottate o stipulate dagli organi dell'Associazione;
- a non compiere atti incompatibili con l'appartenenza all'Associazione;
- a non stipulare contratti collettivi aziendali di lavoro, sia normativi che economici, in deroga o in contrasto con i contratti e gli accordi collettivi conclusi a livello nazionale;
- a versare la quota associativa annuale entro il 30 aprile in un'unica soluzione, oppure mediante 12 rate mensili con bonifico bancario (RID). Se il pagamento avviene entro il 31 gennaio, la quota associativa è ridotta del 20%. In caso di iscrizione nel corso dell'anno, la quota associativa sarà calcolata in misura proporzionale su base mensile. Il versamento della quota d'iscrizione può essere effettuato a mezzo bonifico bancario utilizzando il codice IBAN **IT79Z0200803463000401016392** oppure a mezzo assegno bancario intestato all'Anisap Campania oppure in contanti.
- **ad inviare copia del decreto sindacale rilasciato ai sensi della D.G.R.C. n. 7301/01.**

Timbro della struttura e Firma _____

La presente Domanda di Ammissione sottoscritta, unitamente all'attestazione dell'avvenuto pagamento, va inviata alla Sede Regionale di competenza al seguente indirizzo: **anisap@pec.it**

P.S.: Il sottoscritto, letta l'informativa, autorizza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (privacy), ANISAP CAMPANIA al trattamento dei propri dati personali al solo uso istituzionale e nei termini specificati nell'informativa.

Timbro della struttura e FIRMA _____

Allegati:

- 1) *autorizzazione all'esercizio ex DGRC 7301/01*
- 2) *attestazione di pagamento della quota associativa*

Data della richiesta di ammissione _____