

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Spett.le
Consiglio di Amministrazione
di Abruzzese Salute – Mutua del Credito Cooperativo

Presentato da _____

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a..... (.....)
 il...../...../.....residente in(.....) Via.....n°.....
 di professione.....titolo di studio.....
 Tel. Cell; Tel. fissoe-mail.....;
 C.F.:
 Documento di riconoscimento.....N°.....
 rilasciato da..... **(allegata copia del documento di riconoscimento)**

i cui familiari si indicano qui di seguito (figli minori anche se non conviventi):

	COGNOME E NOME	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
1				
2				
3				
4				

in qualità di Socio o cliente della BANCA DI CREDITO COOPERATIVO ABRUZZESE CAPPELLE SUL TAVO, presa visione dello Statuto di Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* ed in particolare le norme che regolano la limitazione all’acquisto della qualità di Socio, le formalità per l’ammissione a Socio, il recesso, l’esclusione, la liquidazione e l’indivisibilità delle riserve, chiede di essere ammesso in qualità di Socio e s’impegna a rispettare lo Statuto, i regolamenti e le deliberazioni sociali nonché a versare la quota di ammissione, i contributi associativi annui e gli apporti dovuti per le prestazioni e i servizi garantiti da Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo*.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non essere di essere coniuge o convivente more uxorio di persona già Socia di Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo*. In quest’ultimo caso riporta di seguito le generalità del coniuge o convivente more uxorio che alla data della presente è Socio di Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo*:
 Cognome e nome _____ Data di nascita ____/____/____

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi dell’art.14 del Regolamento UE 2016/679, Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* ad acquisire informazioni dalla BANCA DI CREDITO COOPERATIVO ABRUZZESE CAPPELLE SUL TAVO sull’esistenza e la natura dei rapporti in essere con la BANCA medesima al fine di permettere alla Società di Mutuo Soccorso la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di socio di cui all’art. 5 dello Statuto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare ed accettare che:

- Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* garantisce a tutti i propri Soci un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicate nei regolamenti della Carta Mutuasalus® e delle Diarie e Sussidi;
- La Carta Mutuasalus® è consegnata da Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* al Socio dopo l’accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Socio ed ai suoi familiari, dichiarati nella domanda di ammissione, di accedere a tutte le iniziative che Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* organizza in favore dei propri assistiti;
- Il Consiglio di Amministrazione di Abruzzese Salute – *Mutua del Credito Cooperativo* stabilisce annualmente i contributi dovuti dai Soci al fine dell’erogazione delle prestazioni contemplate dall’oggetto sociale.

Versa, mediante addebito su C/C, la quota di ammissione di Euro 5,00 (=cinque/00), a norma del vigente Statuto e richiede l’emissione della Carta Mutuasalus® valida per sé e per i propri familiari (figli minori anche se non conviventi). Versa, mediante addebito su C/C, anche il contributo associativo annuale stabilito dal Cda per l’anno in corso.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità (DPR N.445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

_____ li _____

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO SU C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a..... autorizza la Abruzzese Salute – Mutua del Credito Cooperativo ad addebitare gli importi dovuti sul conto corrente di seguito riportato:

C/C N°presso lo sportello di.....
 IBAN:

I	T					0	8	4	3	4								
Paese	Cin IBAN	Cin	ABI					CAB					Numero Conto					

_____ li _____

Firma _____

Premesso che, come rappresentato nell’informativa che mi è stata fornita ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla privacy, l’erogazione di gran parte delle prestazioni e dei servizi della Mutua richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali alle categorie di soggetti di seguito specificate:

- Soggetti che svolgono lavorazioni contabili
- Soggetti che gestiscono l’organizzazione della compagine sociale
- Soggetti che organizzano le iniziative statutariamente previste

do il consenso

nego il consenso

alle predette comunicazioni e correlato trattamento dei miei dati. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi che richiedono tali comunicazioni e il correlato trattamento dati.

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei mie dati personali e sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute o dei miei familiari in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell’ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione e società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l’erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti

do il consenso

nego il consenso

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi da me richiesti.

Per quanto riguarda l’eventuale comunicazione da parte della Mutua dei miei dati anagrafici e di contatto a società di rilevazione della qualità delle prestazioni della Mutua

do il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento da parte della Mutua dei miei dati ai fini di informazione commerciale, ricerche di mercato ed offerte di prodotti della Mutua o di società terze. Per tale attività i dati verranno trattati e conservati massimo 2 anni

do il consenso

nego il consenso

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data
 _____, li ____/____/____

Firma
