



CRAL GRUPPO UNIPOL A.P.S.

2025
MODULO DI ADESIONE

IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME): _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____

DATA DI NASCITA: _____ TEL.CASA: _____ CELL: _____

E-MAIL: _____

CHIEDE A CODESTO SPETTABILE CRAL DI ESSERE ACCETTATO IN QUALITA' DI SOCIO. DICHIARA DI ESSERE :

- DIPENDENTE DELLA SOCIETA': _____ DIV. _____
sede di lavoro in _____ Via _____ Cap _____
- PENSIONATO O ESODATO DELLA SOCIETA': _____
- AGENTE/SUBAGENTE/COLLABORATORE DELLA SOCIETA' : _____
DIV. _____ CODICE AG. _____

Per l'anno 2025 l'importo della quota associativa è pari a € 10,00
da versare presso la sede del CRAL o da accreditare sul conto
corrente presso Banco Posta intestato a CRAL GRUPPO UNIPOL n.
IBAN IT 80 X 07601 02800 000067756791 (si prega di allegare copia
del versamento)

Data _____

Firma _____

Ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 sulla tutela dei dati personali, gli organi statutari del CRAL useranno i dati dei soci esclusivamente per promuovere ed informare sull'attività dell'Associazione.

CRAL GRUPPO UNIPOL A.P.S.

Via Lorenzo Il Magnifico, 13
50129 Firenze
Tel. 055/485474 - 486641

sito : www.cralgruppounipol.it

e-mail : info@cralgruppounipol.it
cralgruppounipol@unipolsai.it