



## MODULO DI AMMISSIONE - SOCIO

Al Consiglio di amministrazione della C.R.A.M.A.S.  
Mutua di Assistenza Sanitaria Integrativa e di Servizi  
Via Sardegna, 129 - 00187 ROMA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( ) SOCIO della \_\_\_\_\_

CHIEDE di essere ammesso/a tra i Soci di codesta Mutua e, a tale fine, dichiara di accettare le norme dello Statuto e dei Regolamenti interni approvati dal Consiglio di amministrazione per il conseguimento degli scopi sociali.

Allega alla presente la certificazione comprovante il possesso dei requisiti richiesti dall'art. 2 del Regolamento nonché copia della richiesta irrevocabile della \_\_\_\_\_, presso la quale il sottoscritto intrattiene il conto corrente, di accredito mensile dell'importo di € \_\_\_\_\_ sul conto corrente N° 22428 di codesta Mutua presso l'Agenzia n° 26 della Banca di Credito Cooperativo di Roma, a titolo di contributi volontari dovuti dai Soci.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente a codesta Mutua l'eventuale decadenza dei requisiti richiesti per l'iscrizione.

Sottoscrive, con la presente, n° 1 azione del valore nominale di € 25,00 cadauna ed assicura che provvederà immediatamente al versamento del corrispondente importo, mediante accredito come sopra indicato, non appena codesto Consiglio di amministrazione avrà deliberato la sua ammissione a Socio.

Il/La sottoscritto/a CHIEDE l'iscrizione anche per i seguenti familiari a carico secondo le risultanze anagrafiche, assicurando che la corresponsione dei contributi previsti dall'apposita TABELLA avverrà con le stesse modalità di accredito sopraindicate.

Cognome	Nome	Parentela	Data nasc.	Località nasc.

Chiede che le comunicazioni della Mutua siano inviate al seguente indirizzo:

Via – Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ .C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_). Telefono (abit. o ufficio) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_, E-Mail \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**, inoltre, l'addebito mensile dei contributi volontari dovuti alla C.R.A.M.A.S. quale Socio, sul conto corrente n° \_\_\_\_\_ presso l'Agenzia n° \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ e contestuale ACCREDITO sul conto corrente n° 22428 della Soc. Coop. Mutua C.R.A.M.A.S., intrattenuto presso l'Agenzia n° 26 della Banca di Credito Cooperativo di Roma, CAB 03226 – ABI 08327 – CIN F, Viale Oceano Indiano n° 13/C.

Il presente mandato ha validità fino ad eventuale diversa comunicazione del/della sottoscritto/a.

Distinti saluti.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



## MODULO DI AMMISSIONE - SOCIO

### **OGGETTO: Legge 675/1996**

Il Sottoscritto/a acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 31.12.1996 n° 675, acconsento al trattamento dei miei dati personali, in particolare dichiaro di aver avuto conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 22 della legge citata, vale a dire dei dati idonei a rilevare eventualmente anche lo stato di salute.

ACCONSENTO, pertanto, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei contributi previsti per la copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente alla CRAMAS, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratori e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Cognome e Nome	Domicilio	Data	Firma leggibile

### ***Consenso da parte dei familiari associati appartenenti al mio nucleo familiare (per i minori firma il Socio titolare)***

Cognome e Nome	Domicilio	Data	Firma leggibile

### **Documenti da allegare per il completamento della richiesta:**

- 1) € 25,00 per la sottoscrizione di n° 1 azione;
- 2) Stato di Famiglia in carta semplice.