



Io sottoscritto Dr. _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO FRA I SOCI DI MEDICOOP GENOVA

A tal fine:

- Dichiaro di non aver rapporti di lavoro in regime di dipendenza, ai sensi dell'articolo 5 dello statuto.
- Dichiaro inoltre di attenersi allo Statuto, ai Regolamenti ed alle deliberazioni legalmente adottate dagli Organismi Sociali di MEDICOOP GENOVA

DATI PERSONALI SOCI MEDICOOP GENOVA	
COGNOME	
NOME	
CELLULARE	
EMAIL	
FAX	
INDIRIZZO CASA	
CAP CITTA'	
TEL CASA	
INDIRIZZO STUDIO	
CAP CITTA'	
TEL STUDIO	
CITTA' DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
C.F.	
P.IVA	

(data) _____

(firma) _____