

# Iscrizione al sindacato SIAL-Cobas - Mandato per addebito diretto SEPA

Nome e cognome debitore/iscritto \_\_\_\_\_ M ( ) F ( )

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Abitante in via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Azienda/ente \_\_\_\_\_  
anno assunzione \_\_\_\_\_ tempo indet. ( ) tempo determ. ( ) qual. \_\_\_\_ livello \_\_\_\_

La sottoscrizione del presente mandato comporta (A) l'autorizzazione a **SIAL-Cobas** (Sindacato Autorganizzato Lavoratori – Cobas) a richiedere alla banca del debitore (iscritto) l'addebito del suo conto e (B) l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite dal SIAL-Cobas. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Titolare del cc - IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

tipo iscritto	rata annuale	rata semestrale
Tempo pieno	( ) 180,00	( ) 90,00
Tempo pieno	( ) 140,00	( ) 70,00
Part Time 75%	( ) 105,00	( ) 52,50
Part Time 50%, CIG, Mobilità, Pensionato	( ) 70,00	( ) 35,00

Il sottoscritto debitore/iscritto autorizza: addebiti in via continuativa ( )  
un singolo addebito ( )

Lì, \_\_\_\_\_  
Firma del debitore/iscritto

**Esprimo il consenso** in base al codice della Privacy Dlgs 196/03, al trattamento dei miei dati personali, per l'adempimento delle attività e finalità associative di cui sopra.  
Firma \_\_\_\_\_

Soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento (se del caso) \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo, cell. e mail \_\_\_\_\_  
del soggetto per conto del quale viene effettuato il pagamento \_\_\_\_\_

Creditore IBAN **IT63M0335901600100000111931** intestato a **SIAL-Cobas –Cod. Sia - A9MAT**

Nota i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono disponibili nella documentazione presso la propria banca

\*\* restituire il modulo compilato e firmato al delegato sindacale o al sindacato via fax allo 0225137196 o alla sede di **SIAL-Cobas** via Roma 81 – 20060 Cassina de' Pecchi (MI)