

DELEGA DI PAGAMENTO

Spett.le

ASD CRAL Regione Sardegna

Via V. Veneto, 28 09123 Cagliari

Tel.Fax 070 4509741 www.cralregionesardegna.it

e-mail segreteria@cralregionesardegna.it

**Assessorato della programmazione, bilancio, credito
e assetto del territorio**

Direzione generale dei Servizi finanziari

Via C. Battisti snc 09123 Cagliari

Il/la sottoscritto/a: *(*campi obbligatori - scrivere in stampatello)*

Nome*					
Cognome*					
Sesso*	M	F	Luogo e data di nascita*		
Provincia nascita*			Codice Fiscale*		
Indirizzo residenza*					
Comune residenza*			Prov.*		CAP*
Cellulare*			Telefono ufficio		
Mail*					
In servizio presso*					
Sede di*			Via*		
CAP *			Numero matricola*		

autorizza l'Amministrazione Regionale ad effettuare sulla propria retribuzione la seguente trattenuta annuale quale quota sociale CRAL Regione Sardegna:

€ 20,00 per il/la sottoscritto/a in qualità di socio effettivo

€ 7,20 per n. ___ soci aggregati

per un totale di € _____

La ritenuta sarà effettuata dalla Ragioneria in due soluzioni semestrali (dicembre/giugno) e rimessa al CRAL Regione Sardegna (coordinate bancarie: Banco di Sardegna Spa - codice IBAN IT09P0101504801000070747483).

La presente delega ha validità immediata. La stessa si intende tacitamente rinnovata (anche a seguito di eventuale variazione dell'importo della quota sociale per l'anno successivo, deliberata dall'Assemblea dei Soci, ai sensi dell'art. 18 dello Statuto), ove non venga comunque revocata dal sottoscritto inderogabilmente entro il 30 Settembre di ogni anno sociale (art. 10 dello Statuto). Saranno accettate soltanto le disdette pervenute al Cral Regione Sardegna entro tale termine.

Data

Firma per esteso

I dati personali forniti in sede di accettazione del tesseramento saranno trattati dal Cral Regione Sardegna nel pieno rispetto delle disposizioni contenute nella Legge sulla privacy 679/2016 (GDPR) e successive modifiche

Firma