DOMANDA DI AMMISSIONE SOCIO

Spett.le
Consiglio di Amministrazione
di CCR Insieme ETS

Il sottoscritto/a …….....
nato/a a …….....(.....) il .....
residente in …..……..... (.....) cap……..……
indirizzo……. …….....
professione ……titolo studio ……
Tel. fisso ..... ; e-mail: ……
Tel. Cell. ……. ; C.F.: .....
documento di identità n° ..... rilasciato da .....
il ..... tipo documento.....

Allegare copia del documento di identità .

CHIEDE L'AMMISSIONE A SOCIO DI CCR INSIEME ETS

Il sottoscritto prende visione dello Statuto di CCR Insieme ETS ed in particolare le norme che regolano la limitazione all'acquisto della qualità di Associato, le formalità per l'ammissione ad Associato, il recesso, l'esclusione, la liquidazione e l'indivisibilità delle riserve; chiede di essere ammesso in qualità di Associato e s'impegna a rispettare lo Statuto, i regolamenti e le deliberazioni sociali nonché a versare la quota di ammissione, i contributi associativi annui e gli apporti dovuti per le prestazioni e i servizi garantiti da CCR Insieme ETS.

Il sottoscritto/a dichiara di essere ☐ socio o ☐ dipendente della BCC di Busto Garolfo e Buguggiate

oppure

☐ **coniuge o convivente more uxorio** ☐ **figlio maggiorenne fiscalmente a carico**

☐ **genitore**

del seguente Socio di CCR Insieme ETS

*Cognome e nome*_____nato/a _____il____/_____/_____

Per l'aggregazione dei figli minorenni, utilizzare l'apposita modulistica

Il/la sottoscritto/a autorizza CCR Insieme ETS ad acquisire informazioni dalla Banca di Credito Cooperativo di Busto Garolfo e Buguggiate sull'esistenza e la natura dei rapporti in essere con la BANCA medesima al fine di permettere alla Associazione la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di associato di cui all'art. 6 dello Statuto.
Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare ed accettare che:

- CCR Insieme ETS garantisce a tutti i propri Associati un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicatenei regolamenti della Carta Mutuasalus® e delle Diarie e Sussidi;
- La Carta Mutuasalus® è consegnata da CCR Insieme ETS all'Associato dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Associat, di accedere a tutte le iniziative che CCR Insieme ETS organizza in favore dei propri assistiti;
- Il Consiglio di Amministrazione di CCR Insieme ETS stabilisce annualmente i contributi dovuti dagli Associati al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale.

Versa la quota di ammissione di Euro 5,00 (=cinque/00), a norma del vigente Statuto e richiede l'emissione della Carta Mutuasalus® valida per sé e per i propri figli minori anche se non conviventi). Versa anche il contributo associativo annuale stabilito dal CdA per l'anno in corso.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara sotto la sua personale responsabilità (art. 46 D.P.R. 445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

_____ _____
Firma del sottoscrittore

OPERATORE: Raccolto in mia presenza (*nome cognome firma*) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Rev.1

Il sottoscritto _____, in qualità di interessato, dichiara di aver ricevuto da parte di CCR Insieme Ets, Titolare del Trattamento, e di aver compreso, l'informativa sul trattamento dei dati personali effettuato ai fini dell'instaurazione del rapporto associativo e dell'erogazione delle prestazioni e dei servizi al rapporto associativo connessi.
Presa attenta visione dell'informativa e delle basi giuridiche che legittimano i trattamenti descritti, dichiara inoltre di:

☐ prestare il consenso ☐ negare il consenso

al trattamento dei dati personali, specificamente i dati relativi alle informazioni di contatto, ai fini della trasmissione di newsletter e comunicazioni informative relative ad attività poste in essere e a nuove iniziative.

☐ prestare il consenso ☐ negare il consenso

alla comunicazione dei propri dati personali, con esclusivo riferimento ai dati identificativi, all'impresa di assicurazione UNIPOLSAI Assicurazioni SpA e UNISALUTE SpA, titolare autonomo del trattamento, ai fini dell'estensione della copertura garantita dalla polizza di diaria ricovero ospedaliero per i Soci dai 18 ai 75 anni;

Data

___/___/_____

Firma dell'interessato

_____

Mandato per addebito diretto SEPA B2B

B	3	9	Y	F	3																										

Riferimento del mandato *(da indicare a cura del Creditore)*

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:
- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Dati relativi al Debitore

Nome e Cognome

Nome del/i Debitore/i

Indirizzo

Via e N" civico — *Codice postale*

Località — *Paese*

Cod. Fiscale

Cod. Fiscale

IBAN*

I	T				0	8	4	0	4						0	0	0	0	0	0						

IBAN del titolare del conto corrente

Dati relativi al Creditore

Nome e Cognome / Rag. Sociale*

CCR INSIEME ETS - ASSOCIAZIONE MUTUALISTICA DI ASSISTENZA

Nome del Creditore

Cod. Identificativo*

Codice identificativo del Creditore (Credit Identifier)

Sede Legale*

VIA VERDI 19 — 20038

Via e N" civico — *Codice postale*

BUSTO GAROLFO — ITALIA

Località — *Paese*

Dati relativi al Sottoscrittore (Da *compilare obbligatoriamente nel* caso *in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)*

Nome e Cognome

Cod. Fiscale

Tipologia di pagamento* Ricorrente ☐ Singolo addebito ☐

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. La presente autorizzazione ha valenza esclusivamente per transazioni business-to-business. Il sottoscritto Debitore non ha la facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, può tuttavia richiedere alla Banca di non procedere all'addebito del conto indicato prima della data di scadenza della richiesta di pagamento.

Luogo — *Data di sottoscrizione** __/__/__ __ __

**Firma*

Nota. i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Dati concernenti il rapporto sottostante fra Creditore e Debitore *(indicazione facoltativa a mero scopo informativo)*

Codice identificativo del Debitore

Indicare il codice di riferimento che si vuole che la Banca del Debitore citi nell'addebito

Nome dell'effettivo Debitore (se del caso)

Nome della controparte di riferimento del Debitore: se si effettua un pagamento relativo a un contratto tra il Creditore e un altro soggetto diverso dal Debitore indicato nel presente mandato (ad es. pagamento di fatture intestate a terzi indicare il nominativo di tale soggetto. Se il pagamento concerne il Sottoscrittore lasciare in bianco.

Codice identificativo della controparte di riferimento del Debitore

Nome dell'effettivo Creditore (se del caso)

Nome della controparte di riferimento del Creditore: il Creditore deve compilare questo campo se richiede pagamenti per conto di altro soggetto

Codice identificativo della controparte di riferimento del Creditore

Riferimenti del contratto sottostante

Numero identificativo del contratto sottostante

Descrizione del contratto

Restituire il modulo debitamente compilato a:

CCR INSIEME ETS - ASSOCIAZIONE MUTUALISTICA DI ASSISTENZA

VIA VERDI 19 - 20038 BUSTO GAROLFO (MI)

Riservato al Creditore: