

ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI PAVIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	COGNOME E NOME	SESSO	NATO/A	PROV.	IL		
					G	M	A
CODICE FISCALE			RESIDENZA				
NELLA SUA QUALITA' DI TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA				SEDE ATTIVITA'			
CAP	VIA	N. CIV.	ESERCENTE L'ATTIVITA' DI			COD. ATTIVITA'	

DICHIARA

di conoscere e di accettare lo Statuto dell'Associazione Commercianti della Provincia di Pavia - Confcommercio (Associazione) e di aderire alle medesime assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare s'impegna a versare i contributi associativi in via diretta o tramite gli Istituti convenzionati.

Consente che l'INPS, l'INAIL, la C.C.I.A.A. e gli altri organismi convenzionati, in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate ai sensi della legge 4/6/1973 n. 311, riscuotano i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi statutari della predetta Associazione, con le stesse modalità ed alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabiliti dalla legge.

In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che:

- ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
- l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1 gennaio dell'anno successivo, a condizione che essa pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa, entro il 30 novembre.

Avendo ricevuto, ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo 196/2003 l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

- a) consente al "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto dell'Associazione;
- b) consente all'INPS, alla C.C.I.A.A., all'INAIL ed agli altri Istituti convenzionati su richiamati il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione suindicata;
- c) consente al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
- d) consente l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS, dall'INAIL, dalla C.C.I.A.A. e da altri Istituti convenzionati su richiamati.

Non consente quanto indicato ai punti

li,

ASSOCIAZIONE COMMERCianti
DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Firma dell'Associato

.....

.....
(Firma del responsabile dell'Associazione)

NOTE INFORMATIVE:

Sede Società:

Data e luogo costituzione Società:

Telefono: Fax: e-mail:

Partita I.V.A.: Codice Fiscale Società:

Numero R.E.A. - C.C.I.A.A. di.....

Eventuale subentro a