



C. R. A. L. “ LA SCALA ”

Circolo Ricreativo Operatori della Sanità di Siena

Al Consiglio Direttivo
del C.R.A.L. “La Scala”
Operatori della Sanità di Siena

SEDE

Il / La sottoscritt _____
dipendente d _____
(operante nel campo Sanitario della provincia di Siena),
residente a _____
in Via _____

CHIEDE

per l'anno _____ di essere socio di codesto C.R.A.L..
Con la presente mi impegno a versare la quota associativa di € _____ in un'unica soluzione mediante pagamento diretto._

In fede

Sede: Viale Bracci n .16 – Policlinico Santa Maria alle Scotte - 53100 Siena

Tel/Fax: 0577 331018

Tel. int. AOUS 6222 –USL7 816222

P.I. 00269940524

www.crallasca.it - info@crallasca.it