

Assemblea Nazionale Fondazione ENPAM

Lista della categoria e) liberi professionisti iscritti alla quota “B” del Fondo di previdenza generale (punto 7 del Regolamento) denominata

“LISTA PER IL WELFARE DEI LIBERI PROFESSIONISTI”

Firma a corredo della Lista: LISTA PER IL WELFARE DEI LIBERI PROFESSIONISTI

Dott. _____

nato a _____ il ___/___/_____

Iscritto all’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____

Data ___/___/_____

FIRMA

allegato: fotocopia documento di identità fronte/retro

ATTENZIONE: il presente documento non sarà considerato valido in assenza della fotocopia del documento di identità. Va trasmesso per email al seguente indirizzo presidenza@andinazionale.it dove dovrà pervenire tassativamente **entro il prossimo 10 aprile 2020**