

Oggetto: richiesta associazione al C.A.T.

Il/la Sottoscritto/a

Profilo	CID	
Dipendente società	Divisione:	
Impianto	Regione:	
residente in via/piazza		
CAP	Citta	Prov ()
E-mail:	telefono:	

a decorrere dal mese di _____ anno 20_____ e fino a formale atto di revoca via mail, con la presente richiede che venga accettata la domanda di iscrizione al COORDINAMENTO AUTORGANIZZATO TRASPORTI (di seguito C.A.T.) impegnandosi a versare con cadenza:

() trimestrale 30€ - () quadrimestrale 40€ - () semestrale 60€ - () annuale 120€

la quota associativa pari a 10 euro/mese con la seguente modalità:

- () autorizzando il C.A.T. a prelevare dal proprio Conto Corrente bancario con delega RID compilando apposito modulo SEPA_Core (allegato alla presente)
- () versando con bonifico bancario all'Associazione C.A.T. presso la filiale di BANCA ETICA di Roma sul conto n°011607470 e con IBAN:

IT 14 P 05018 03200 000 011 607 470

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali visionabile al link : https://www.associazioneecat.it/phocadownload/userupload/Moduli_CAT/Consenso_Privacy.pdf; ai sensi del GDPR 2016/679., il sottoscritto consente al C.A.T. al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consente che siano registrati su supporti cartacei o informatici per l'adempimento degli obblighi previsti e consente altresì che tali dati siano comunicati agli istituti bancari per il pagamento delle quote associative.

_____, li ___/___/_____

Firma Lavoratore

per il C.A.T.

N.B.: La presente delega andrà inviata in formato elettronico ad info@associazioneecat.it, l'originale andrà consegnato al referente regionale per l'archiviazione presso il Cassiere Regionale. Sul sito www.associazioneecat.it andrà compilata la preiscrizione online.