

SCHEDA DI ADESIONE

N° | | | | | / | |

Alla CONFCOMMERCIO della provincia di Messina

___/___ sottoscritt _____ nat ___ a _____
prov. _____ il _____ cod.Fiscale _____
cod. INPS (se conosciuto) _____ in qualità di _____
della Ditta _____
con sede a _____ prov. _____
via/piazza _____ n. _____ CAP _____
partita IVA _____ esercente l'attività _____

PER QUANTO ATTIENE LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI TRAMITE ISTITUTI CONVENZIONATI (INPS-INAIL E CAMERA DI COMMERCIO)

D I C H I A R A

di conoscere ed accettare lo Statuto della CONFCOMMERCIO di Messina e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi tramite gli Istituti convenzionati (INPS, INAIL e Camera di Commercio).

CONSENTE CHE L'INPS, L'INAIL

e gli altri organismi convenzionati su richiamati, in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311, riscuotano i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli organi statuari della Predetta Associazione, con le stesse modalità e 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 rinnovato 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. 10 della legge 675\96, 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 e all'INAIL e 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 su indicata;
- 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 e dagli istituti convenzionati su richiamati.

Data ,

.....
(Firma dell'associato)

NOTE INFORMATIVE:

TELEFONO..... TELEFAX..... CELL.....

E-MAIL.....

N° ISCRIZ.NE CCIAA REGISTRO delle IMPRESE.....