

**MODULO DI ADESIONE**

**Spett.le C.D.A.**

**della Soc. "C.M.T. Cooperativa Medicina Territoriale soc. coop.a R.L. "**

Via Inzani 4 – 26015 SORESINA (CR)

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ c. f. \_\_\_\_\_  
di professione Medico di Medicina Generale, con studio sito in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, attitudine professionale in \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la propria ammissione a socio in codesta rispettabile società cooperativa, ed a tal fine dichiara:

- che intende sottoscrivere n. 1 quota di Capitale Sociale da EURO 25,00 (venticinque euro)
- di impegnarsi ad osservare lealmente le disposizioni dello Statuto, i regolamenti e le deliberazioni sociali della società ed a partecipare al programma della stessa
- di non esercitare in proprio, imprese in concorrenza con quella della cooperativa
- di non aderire ad altre cooperative che perseguono identici scopi sociali ed esplicano un'attività concorrente
- di non prestare lavoro a favore di terzi esercenti imprese concorrenti.

*Rimane in attesa di conoscere i conseguenti provvedimenti di codesto Consiglio di Amministrazione, anticipando che, in caso di parere favorevole, provvederà a versare la quota di cui sopra mediante Bonifico Bancario sul c/c della cooperativa al seguente IBAN:*

**IT 85 I 02008 57180 000103997551**

*Autorizza altresì ai sensi della Legge n.675/96 la società cooperativa e per essa l'Amministratore Unico/ Presidente, il Consigliere Delegato e dipendenti o collaboratori a trattare i propri dati personali attraverso sistemi informatici al fine di consentire la gestione della richiesta di adesione a socio ed ogni conseguente successivo incombente.*

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

*Con Osservanza*

\_\_\_\_\_

Socio Presentatore \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Decisione del C.D.A.

Positiva \_\_ Negativa \_\_\_\_