

MODULO DI RICHIESTA CONVENZIONAMENTO

Il presente modulo dovrà pervenire a PMI Salute – Fondo Sanitario Integrativo del SSN al seguente indirizzo:
Via Tagliamento, 25 – 00198 Roma o al seguente indirizzo e-mail: assistenza@fondopmisalute.it

Azienda / Associazione / Ente / Collettività

Denominazione sociale _____ Cod. Fisc./P.IVA _____

Indirizzo _____ CAP _____ Provincia (____)

Comune _____ Recapito telefonico _____

E-mail _____ PEC _____

Legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Sesso: F M Nato/a il _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune _____ Provincia (____) Nazione _____

La sopraindicata Azienda/Associazione/Ente/Collettività, nella persona del suo Legale Rappresentante,

VISTA E APPROVATA

la normativa di PMI Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN e, in particolare, lo Statuto ed il Regolamento

CHIEDE

di poter assumere la qualifica di Associato a PMI Salute, ai sensi di quanto previsto dall'art. 4 dello Statuto.

Tanto considerato, l'Azienda/Associazione/Ente/Collettività

CHIEDE

che il proprio personale possa assumere la qualifica di beneficiario del Fondo, avvalendosi delle condizioni previste dalla normativa dello stesso e

DICHIARA

che il numero di beneficiari è ad oggi pari a _____ suddiviso (*parte eventuale*) nelle seguenti categorie:

<i>lavoratori dipendenti</i>	<i>in attività</i>	<i>in quiescenza</i>
quadro		
impiegato		
operaio		

	<i>in attività</i>	<i>in quiescenza</i>
lavoratore autonomo		
altri		

DICHIARA

di applicare il CCNL Confimi Industria Meccanica

altro, specificare (*) _____

(*) in tale ipotesi la richiesta di associazione al Fondo sarà oggetto di specifica valutazione del C.d.A. che provvederà a fornire riscontro in merito l'accettazione o meno della richiesta.

Con riferimento a ciascun beneficiario iscritto al Fondo, l'**Azienda/Associazione/Ente/Collettività** si impegna ad effettuare il versamento delle contribuzioni alle condizioni e con le modalità previste da PMI Salute.

L'**Azienda/Associazione/Ente/Collettività** dichiara e sottoscrive di avere la titolarità per trasmettere a PMI Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN i dati delle persone fisiche o, in alternativa, di impegnarsi ad acquisire detto consenso prima della trasmissione dei dati a PMI Salute; si impegna altresì ad inoltrare a PMI Salute, a richiesta, il consenso raccolto.

Inoltre, l'**Azienda/Associazione/Ente/Collettività** è a conoscenza ed acconsente al trasferimento dei dati delle persone fisiche al Fondo che potrà trasmetterli alla Compagnia assicuratrice che gestisce le prestazioni sanitarie.

L'**Azienda/Associazione/Ente/Collettività** è responsabile della completezza e veridicità delle informazioni e dei dati forniti ai sensi del presente modulo e si impegna a comunicare a PMI Salute, con tempestività, a mezzo raccomandata A.R. o altro mezzo convenuto per iscritto tra le Parti, ogni variazione degli stessi che dovessero successivamente intervenire.

Data compilazione

Timbro e firma del Legale Rappresentante

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali come previsto dal seguente paragrafo 2 a. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali e comunque ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione

Firma

Consenso al trattamento dei dati personali per finalità promozionali – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal seguente paragrafo 2 b.

Data compilazione

Firma
