



Prot. \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale ASL Salerno 207

Al Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

Egregio Signor Direttore Generale,

si invia la sottototata adesione alla FIMP ( FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI )

del/lla dott./ssa \_\_\_\_\_,

a far data dal \_\_\_\_\_, pregandoLa di voler disporre di riscuotere  
la quota mensile prevista ( 0.35% sul totale degli emolumenti ) e di versarla presso:

Banca Intesa San Paolo SPA, Via Ss. Martiri,13 84010 Sa

Conto Corrente 1000/00002038      IBAN **IT32R0306976451100000002038**

Cordiali saluti.

Il Segretario Provinciale  
Dott. Aurelio Occhinegro

Il/la sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_,

convenzionato con la ASL SALERNO in qualità di Pediatra di Libera Scelta, inserito nell'ambito

del Comune di \_\_\_\_\_ distretto n° \_\_\_\_\_

chiede di iscriversi alla FIMP dal \_\_\_\_\_ ed autorizza l' ufficio competente  
a trattenere la quota prevista sui propri emolumenti lordi mensili.

Distinti saluti.

Salerno, \_\_\_\_\_

Dott/. ssa \_\_\_\_\_