

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Spett.le

Consiglio di Amministrazione di GARGANO VITA - Mutua del Credito Cooperativo

Il sottoscritto/a	NDG.....
nato/a a	(.....) il
residente in	(.....) Vian°
di professione
titolo di studio
Tel. fisso	; e_mail:
Tel. Cell.	; C.F.:
documento di identità n°	rilasciato da
il	tipo documento.....

i cui familiari si indicano qui di seguito (figli minori anche se non conviventi):

	COGNOME E NOME	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
1				
2				
3				
4				

in qualità di Socio o di Cliente della BCC di San Giovanni Rotondo, presa visione dello Statuto di Gargano Vita- *Mutua del Credito Cooperativo* ed in particolare le norme che regolano la limitazione all'acquisto della qualità di Socio, le formalità per l'ammissione a Socio, il recesso, l'esclusione, la liquidazione e l'indivisibilità delle riserve, chiede di essere ammesso in qualità di Socio e s'impegna a rispettare lo Statuto, i regolamenti e le deliberazioni sociali nonché a versare la quota di ammissione, i contributi associativi annui e gli apporti dovuti per le prestazioni e i servizi garantiti da Gargano Vita- *Mutua del Credito Cooperativo*.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non essere di essere coniuge o convivente more uxorio di persona già Socia di Gargano Vita- *Mutua del Credito Cooperativo*. In quest'ultimo caso riporta di seguito le generalità del coniuge o convivente more uxorio che alla data della presente è Socio di Gargano Vita - *Mutua del Credito Cooperativo*:

Cognome e nome _____ / ____ / _____

Il/la sottoscritto/a autorizza Gargano Vita - *Mutua del Credito Cooperativo* ad acquisire informazioni dalla BCC di San Giovanni Rotondo sull'esistenza e la natura dei rapporti in essere con la BANCA medesima al fine di permettere alla Mutua la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di socio di cui all'art. 6 dello Statuto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare ed accettare che:

- **Gargano Vita- Mutua del Credito Cooperativo** garantisce a tutti i propri Soci un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicate nei regolamenti della Carta Mutuasalus® e delle Diarie e Sussidi;
- La Carta Mutuasalus® è consegnata da Gargano Vita - *Mutua del Credito Cooperativo* al Socio dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Socio ed ai suoi familiari, dichiarati nella domanda di ammissione, di accedere a tutte le iniziative che Gargano Vita - *Mutua del Credito Cooperativo* organizza in favore dei propri assistiti;
- Il Consiglio di Amministrazione di Gargano Vita- *Mutua del Credito Cooperativo* stabilisce annualmente i contributi dovuti dai Soci al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale.

Versa la quota di ammissione di Euro 5,00 (=cinque/00), a norma del vigente Statuto e richiede l'emissione della Carta Mutuasalus® valida per sé e per i propri familiari (figli minori anche se non conviventi). Versa anche il contributo associativo annuale stabilito dal Cda per l'anno in corso.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara sotto la sua personale responsabilità (art. 46 D.P.R. 445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

_____ li _____

Firma del sottoscrittore

VISTO: Raccolto in mia presenza _____

L'Operatore

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO SU C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver autorizzato Gargano Vita - *Mutua del Credito Cooperativo* ad addebitare gli importi dovuti sul conto corrente di seguito riportato:

IBAN: _____

attraverso la sottoscrizione di apposito contratto SEPA DIRECT DEBIT (SDD) che si allega alla presente.

Tale contratto SEPA è consegnato alla BCC di San Giovanni Rotondo per la convalida dei dati e l'accettazione del servizio SEPA DIRECT DEBIT (SDD) e, tramite la stessa BANCA, all'Ente creditore Gargano Vita - *Mutua del Credito Cooperativo*.

Il contratto SEPA DIRECT DEBIT (SDD) può essere interrotto inviando apposita disdetta mediante raccomandata A/R entro 60 giorni dalla scadenza.

Sottoscrizione del correntista

RISERVATO AL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

E S I T O

Il Consiglio nella adunanza del ha deliberato di accogliere/respingere la presente domanda ed iscrive il nuovo socio Signor

al n.ro della pagina del libro soci.

Il Presidente
(o suo delegato)

Premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi dell'art.13 del GDPR, l'erogazione di gran parte delle prestazioni e dei servizi della Mutua richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali alle categorie di soggetti di specificate all'art. 7 dell'informativa:

do il consenso

nego il consenso

alle predette comunicazioni e correlato trattamento dei miei dati. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi che richiedono tali comunicazioni e il correlato trattamento dati.

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali e di categorie particolari di dati acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell'ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione, Agenzie viaggi o società che effettuino servizi di prenotazione e società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti

do il consenso

nego il consenso

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni ed ai servizi da me richiesti.

Per quanto riguarda la comunicazione da parte della Mutua dei miei dati a società di rilevazione della qualità delle prestazioni della Mutua

do il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento da parte della Mutua dei miei dati ai fini di informazione circa le attività proposte ed i servizi offerti dalla Mutua o da società terze.

do il consenso

nego il consenso

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Nome e Cognome del socio (leggibile)

_____, li ____/____/____

Firma _____

Per il nucleo familiare:

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore esercente la patria potestà**

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore esercente la patria potestà**

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore esercente la patria potestà**