



C.R.A.L.

C.R.A.L. DIPENDENTI USL 4 PRATO

Piazza Dell'Ospedale n° 5

Tel/Fax 0574 433519 interno 4300

Prato

Sito Web <http://www.craldipendentiuslprato.it>

email: info@craldipendentiuslprato.it

Delega trattenuta quota sociale

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

In servizio presso la U.O _____ con qualifica _____

Nato/a _____ il _____ Provincia _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

N° _____ Prov. _____

Autorizzo l'Amministrazione dell'Azienda U.S.L 4 di Prato ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta annuale di € _____

La presente delega, con le stesse modalità è valida anche per gli anni successivi e dichiaro che salvo revoca scritta è rinnovata automaticamente.

La trattenuta va versata sul C/C N° 41494 intestato al C.R.A.L Dipendenti USL Prato presso la Banca Popolare di Vicenza Agenzia Ospedale ed è intesa come quota associativa dello stesso.

In fede

Prato _____

