



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
S.C. SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
S.S. Selezione e gestione personale medico convenzionato

MODULO RILEVAZIONE DATI PER CAMBIO INDIRIZZO – ACCREDITO IN C/C BANCARIO

Da compilarsi in modo comprensibile

I sottoscritt_ Dr. _____ cod. reg. n. _____

nat_ a _____ prov. ____ il ____ / ____ / ____

NOTIFICA LA VARIAZIONE DEL PROPRIO INDIRIZZO COME SEGUE:

C.A.P. _____ Comune _____ prov. _____

P.zza/Via _____ n. _____

N. telefonici: _____

E-mail: _____

NOTIFICA LA VARI AZIONE DEL PROPRIO C/C BANCARIO COME SEGUE:

Banca: _____ Ag. _____

P.zza/Via _____

CODICE IBAN																					
Paese		Check		CIN		ABI				CAB				NUMERO DI CONTO CORRENTE							

Firma e timbro del medico

Genova, _____