

Spett.
CRAL Ospedale Luigi Sacco
Via G.B.Grassi 66
20157 Milano

Data _____

Io sottoscritto _____

Residente a _____ via _____ n° _____

- Dipendente dell'Ospedale L.Sacco matr _____
- Pensionato ex dipendente
- Esterno

Chiedo di diventare Socio del CRAL, versando una quota annuale di € 11.00

Distinti saluti

Firma _____

* Per i soci dipendenti la quota annuale sarà trattenuta direttamente dal cedolino paga