

Spett.le  
Presidente del Consiglio di Amministrazione della  
Farmacia Cooperativa Maglio di Sopra  
Via C. Battisti, 1 36078 Valdagno (VI)

Valdagno li \_\_\_\_\_

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO**

Il /la Sottoscritto/a. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ pv \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

**Chiede**

a codesto Consiglio di Amministrazione di essere ammesso come Socio Ordinario della Farmacia Cooperativa Maglio di Sopra con l'acquisto di una (1) quota sociale,  
a tal fine il sottoscritto dichiara di possedere tutti i requisiti richiesti dalla legge e dallo Statuto Sociale per essere ammesso come Socio Ordinario.

**Dichiara**

- di accettare integralmente lo Statuto Sociale e il Regolamento Interno  
- di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli Organi Sociali

\_\_\_\_\_  
firma

- il sottoscritto dichiara inoltre di accettare la clausola arbitrare di cui all'Art. 43 dello Statuto Sociale

\_\_\_\_\_  
firma

DOCUMENTI ALLEGATI

- 1) FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' (fronte retro)
- 2) FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA (nuova)
- 3) VERSAMENTO DI €. 35,00

**Farmacia Cooperativa Maglio di Sopra**

Albo Società Cooperative n. A141933

Sezione Cooperative a Mutualità Prevalente

Via C. Battisti n°1, cap. 36078 Valdagno VI

tel. 0445-413665 fax. 0445-998497

**SCHEMA DI CONSENSO DELL'INTERESSATO/A AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Pienamente informato/a ai sensi dell'art. del DLgs. 196/2003 sul trattamento dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 23 dello stesso.

Per quanto riguarda il trattamento dei miei dati per finalità di carattere gestionale, contabile e fiscale:

esprimo il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda la comunicazione dei dati personali a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione dell'operazione o del servizio, quali:

- Attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati, gestione della corrispondenza,
- Attività bancaria e finanziaria,
- Attività di trasporto e di recapito,
- Altro (specificare),

esprimo il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento effettuato nell'ambito di:

**Monitoraggio dello stato di salute:**

attivazione di una scheda personale nell'ambito del gestionale aziendale per la rilevazione di interazioni, effetti collaterali, ecc.

esprimo il consenso

nego il consenso

**FIDELITY CARD ANONIMA: scheda anonima per l'attribuzione di sconti/premi legati all'acquisto di prodotti parafarmaceutici/profumeria**

esprimo il consenso

nego il consenso

**Scheda FIDELITY CARD NOMINALE:** Scheda nominale per l'attribuzione di sconti/premi legati all'acquisto di prodotti parafarmaceutici/profumeria e per l'effettuazione di campagne informative sui prodotti parafarmaceutici da lei acquistati presso questa Farmacia:

esprimo il consenso

nego il consenso

**Scheda BENESSERE: scheda nominale:**

- **Per l'acquisizione delle informazioni su possibili effetti collaterali alle interazioni tra farmaci e tra questi e le sue specifiche condizioni di salute,**
- **Per la gestione delle procedure amministrative legate all'erogazione dei sussidi**
- **Per l'attribuzione di sconti/premi legati all'acquisto di prodotti parafarmaceutici/profumeria**
- **Per l'effettuazione di campagne informative sui prodotti parafarmaceutici/profumeria da Lei acquistati presso la questa Farmacia**

esprimo il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda l'invio di informazioni inerenti la disponibilità a magazzino dei prodotti da Lei ordinati, attraverso strumenti telefonici, email, ecc.:

esprimo il consenso

nego il consenso

**Esprimo inoltre il mio impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in vostro possesso.**

NOME DELL'INTERESSATO

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

DATA .....

FIRMA DEL SOGGETTO TERZO CHE EFFETTUA LA COMUNICAZIONE

.....