

AL CRAL GIA' BANCA TOSCANA

Firenze - Via Giovanni del Pian dei Carpinì, 25

**AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE BUSTA BAGA DELLA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE DEL
CRAL GIA' BANCA TOSCANA**

La sottoscritta/Il sottoscritto _____

Matricola _____

dipendente presso _____

AUTORIZZA

Il pagamento della quota associativa annua del Cral già Banca Toscana tramite detrazione dalla busta paga, entro il mese di marzo.

Altresì autorizzo l'azienda del Gruppo MPS in qualità di mio datore di lavoro, a trasmettere a codesto Cral, alcuni miei dati personali (matricola, cognome e nome, codice fiscale, residenza, sede lavoro) per finalità amministrative/contabili strettamente connesse all'attività del Cral.

La presente autorizzazione è valida fino a revoca.

Cordiali saluti.

_____, ____/____/____

(firma)