

Cooperativa Sociale Medici CASERTA 1

***** MODELLO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA COOPERATIVA*****
(ai sensi degli artt. 6-7-8-12 dello Statuto della Cooperativa Sociale Medici Caserta 1.)

Alla cortese attenzione del

Consiglio di Amministrazione

dott. GIOVANNI MOSCA
Presidente pro – tempore

*****DATI ANAGRAFICI*****

Io sottoscritto Dott. _____	nato a _____
il _____	residente a _____ Provincia _____
telefono (casa) _____	telefono (studio) _____
cellulare _____	indirizzo e –mail _____
codice fiscale _____	
P. IVA _____	Via/P.za _____
n. _____	domiciliato in _____ Provincia _____
Via/P.za _____	n. _____ cittadinanza _____

CHIEDO:

l'ammissione alla vostra Cooperativa in qualità di socio fruitore e, pertanto, sotto propria responsabilità

Cooperativa Sociale Medici CASERTA 1

DICHIARO:

- a) di essere titolare del Codice Regionale attestante l'attività di medico di medicina generale / pediatra di libera scelta n. _____;
- b) di impegnarmi a sottoscrivere € 180,00 a titolo di capitale sociale;
- c) di impegnarmi a versare € 200,00 a titolo di sovrapprezzo fissato dal Consiglio di Amministrazione annualmente e sottoposto all'assemblea dei soci;
- d) di impegnarmi al versamento di € 26,00 a titolo di tassa di ammissione non rimborsabile;
- e) di versare i dodicesimi della quota contributiva relativa alla fascia di assistiti a cui appartengo;
- f) di attenermi ai dettami dello Statuto, del Regolamento Interno e delle deliberazioni legalmente adottate dagli organi sociali;
- g) di partecipare all'attività dell'impresa sociale;
- h) di non essere iscritto, contemporaneamente ad altre Cooperative che perseguono identici scopi sociali, di non esplicare un'attività concorrente nonché di prestare lavoro a favore di terzi esercenti imprese aventi ad oggetto uguale od analogo a quello della Cooperativa;
- i) di essere consapevole che nel caso in cui:
 - non ottemperi alle disposizioni legalmente adottate dagli organi sociali con inadempimenti che non consentano la prosecuzione, nemmeno temporanea, del rapporto;
 - senza giustificato motivo mi renda moroso nel versamento delle quote sociali sottoscritte o nei pagamenti di eventuali debiti contratti ad altro titolo verso la società;

Cooperativa Sociale Medici CASERTA 1

- mi venga a trovare in una delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 8) o che svolga o tenti di svolgere in concorrenza o contraria agli interessi sociali;
- che, nell'esecuzione del proprio lavoro commetta atti valutabili quale notevole impedimento come determinato dall'art. 1455 del codice civile;
- che abbia violato norme deontologiche;
- che venga condannato con sentenza penale irrevocabile per reati la cui natura e gravità renda improseguibile il rapporto sociale o che abbia subito condanne che comportino l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici;
- che, in qualunque modo, arrechi danni, anche morali, alla cooperativa o fomenti, in seno ad essa, dissidi e disordini pregiudizievoli;
- che, senza giustificato motivo, si rifiuti, benché formalmente richiesto, di partecipare ai lavori dell'impresa sociale

per tutto quanto su esposto, sono consapevole di essere escluso da codesta Cooperativa e che lo scioglimento opera a far data di chiusura dell'esercizio in corso. Nel caso l'esclusione fosse deliberata tre mesi prima della chiusura di questo o, se deliberata successivamente, lo scioglimento opera a far data della chiusura dell'esercizio successivo.

Luogo _____ data _____

IL SOTTOSCRITTO

Cooperativa Sociale Medici CASERTA 1

Il Consiglio di Amministrazione provvederà all'esame della presente ed entro 30 (trenta) giorni dalla delibera trasmetterà l'esito dell'esame a mezzo lettera raccomandata. La delibera diverrà operativa solo dopo che, nel termine di 30 (trenta) giorni dalla comunicazione, l'interessato avrà provveduto ad effettuare i su indicati versamenti altrimenti la stessa sarà automaticamente inefficace.

--- IL RICHIEDENTE ---

firma: _____

--- IL PRESIDENTE ---

f.to Dr. Giovanni Mosca

Cooperativa Sociale Medici CASERTA 1

* * * ATTESTAZIONE VERSAMENTO DI AMMISSIONE ALLA COOPERATIVA * * *

Alla cortese attenzione del

DOTT. G. MOSCA
Presidente del C.d.A.

*****DATI ANAGRAFICI*****

Io sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente a _____ Provincia _____ codice fiscale _____
--

CHIESTA:

l'ammissione alla vostra Cooperativa in qualità di socio fruitore e, pertanto, sotto propria responsabilità

DICHIARA:

di aver effettuato, in data _____, sul c/c n. 389 aperto BANCA DELLA CAMPANIA filiale di Maddaloni, IBAN IT32E053927489000000000389 i seguenti versamenti:

- a) € 180,00 a titolo di capitale sociale;
- b) € 200,00 a titolo di sovrapprezzo;
- c) € 26,00 a titolo di tassa di ammissione non rimborsabile;
- d) € pari a/12 della quota contributiva di € _____,00 relativa alla _____ fascia di assistiti a cui appartengo in quanto il numero di assistiti è _____*.

Totale versato [a + b + c + d]: € _____//_____

Posizione contributiva	Fascia di assistiti	Quota contributiva (€)
I	fino a 500	235,00
II	da 501 a 1000	261,00
III	da 1001 a 1200	287,00
IV	da 1201 a 1500	333,00

N.B.: allegare copia della ricevuta bancaria di versamento

* Questo calcolo si effettua quando l'ingresso è infrannuale. I dodicesimi sono calcolati considerando la data d'ingresso in cooperativa e computando 15 gg a intero mese. Es.: Ingresso di un massimalista il 12 o 25 agosto anno x, Q.c. € 333,00. I dodicesimi di detta quota sono 5/12 (agosto-dicembre) pertanto il calcolo è (5/12)*333,00= € 138,75.

Cooperativa Sociale Medici CASERTA 1

Maddaloni, li _____

In fede

----- *SPAZIO PER EVENTUALI ANNOTAZIONI* -----