

DA INVIARE PER EMAIL ALL'ORDINE DI COMPETENZA

info@ordinefarmacisti.pisa.it

Modulo di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a Il ____/____/____ a _____ Pr. _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Pr. _____

In Via/Piazza _____

Nazionalità _____ Recapito telefonico _____

E-Mail _____

con il presente modulo di adesione, propone ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner FOPI (Federazione Ordini dei Farmacisti Italiani), di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata** e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Documento identità (da allegare alla presente): Carta di identità Patente Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ in data _____

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma** _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto Posta Elettronica Certificata, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma** _____