Domanda di ammissione all'Associazione di Volontariato "LINFOVITA"

nome **cognome**

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a_____il_____

Residente a_____ provincia di (____)

CAP_____ in via_____

Professione_____

Codice Fiscale:																

Telefono_____

Fax_____

E-mail_____

chiede di poter essere ammesso/a quale socio/a all'Associazione di Volontariato "LINFOVITA".

A tal fine si impegna a versare la quota associativa annuale, rispettare lo Statuto e condividerne il contenuto.

☐ Quota annuale € 10,00 (euro dieci,00)

☐ Donazione liberale €_____(euro_____)

- BANCA INTESA SANPAOLO SpA - Filiale di Milano IBAN IT89N0306909606100000133050
- POSTE ITALIANE - C/C n° 1025286558 IBAN: IT22 E076 0116 3000 0102 5286 558

FORMULA DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a in riferimento alle proprie informazioni personali acquisite, autorizza al trattamento dei dati per le finalità associative, ai sensi del GDPR 679/2016.

In fede

Il richiedente (firma)

_____,_____