

Domanda di ammissione all'associazione "LINFOVITA"

nome

cognome

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ provincia di (____)

CAP _____ in via _____

Professione _____

Codice fiscale:																				
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

chiede di poter essere ammesso quale socio all'Associazione
"LINFOVITA"

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

Socio ordinario € 15,00

Socio sostenitore € 50,00

- BANCA PROSSIMA FILIALE DI MILANO - Piazza Paolo Ferrari, 10 - **IBAN: IT36R0335901600100000133050**
- POSTE ITALIANE - C/C n° **1025286558** - **IBAN: IT22E0760116300001025286558**

FORMULA DI CONSENSO D.Lgs. 196/2003

Il sottoscritto acquisite le informazioni del D.Lgs. 196/2003, conferisce il proprio consenso al seguente trattamento dei propri dati personali:

- Esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto associativo (diritti e doveri dei soci)

In fede

Il richiedente (firma)

Data _____