



DOMANDA DI ISCRIZIONE 2017

Cognome Nome

Data e luogo di nascita

Codice Fiscale

Documento di identità n° Data di scadenza documento

Indirizzo

Città Cap Provincia

Recapito telefonico

e-mail

Cognome e Nome del paziente:

La quota associativa relativa all'iscrizione per l'anno 2017 è di 30 euro.

Trattamento dei dati personali sulla privacy: Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario: IBAN IT 86 E 02008 01620 000101059229 intestato ad AiCra Onlus (specificare nella causale "quota associativa")

Firma

.....

Si prega di restituire il presente modulo via mail a info@aicra.it allegando copia o riferimenti (Numero CRO) del versamento effettuato.

La richiesta di iscrizione sarà esaminata ed accettata dal consiglio direttivo dell'associazione.

Sottoscrivendo la presente domanda di ammissione l'aspirante aderente dichiara di accettare senza riserve lo Statuto dell'Associazione.