

DOMANDA DI ISCRIZIONE 2019

Cognome.....
Nome.....
Data e luogo di nascita.....
Codice Fiscale.....
Documento di identità n°.....
Data scadenza.....
Indirizzo.....
Città.....
CAP..... Provincia.....
Recapito Telefonico.....
E-mail.....
Cognome e Nome del paziente.....

La quota associativa relativa all'iscrizione per l'anno 2019 è di EUR 20,00.

Modalità di pagamento: a mezzo bonifico bancario sul seguente IBAN:

IT86E0200801620000101059229

intestato ad AiCRA Onlus (specificare nella causale "Quota Associativa 2019").

Il trattamento avverrà nel rispetto del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), nonché dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, adeguatezza e pertinenza, con modalità cartacee ed informatiche, ad opera di persone autorizzate dall'Associazione e con l'adozione di misure adeguate di protezione, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Non verrà svolto alcun processo decisionale automatizzato.

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.