



Modulo di richiesta nuova iscrizione

Il /La Sig./Sig.ra

Nato/a a il/...../.....

Residente a CAP Provincia

Via n°

CF

Affiliazione

Telefono

E-mail

Dichiara:

di aver preso visione dello Statuto e di accettare e rispettare lo Statuto e gli eventuali Regolamenti

di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale

e

Chiede l'iscrizione per l'anno _____ alla società NOTA APS - Network Officine Terapie Avanzate in qualità di socio ordinario.

Effettuare un Bonifico alle seguenti coordinate bancarie: IBAN IT38A030 6909606100000188613. Nelle note specificare "Quota iscrizione ANNO, nome cognome del socio.

Quota associativa Annuale

Associati Ordinari - Euro 50,00

con la sottoscrizione del presente modulo autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e acconsente al trattamento dei propri dati personali su supporto cartaceo e con strumenti informatici per le finalità direttamente connesse all'associazione NOTA - Network Officine Terapie Avanzate APS.

Data

Firma

Sede legale: Via Pal Piccolo 17, 47121 Forlì (FC)

CF:92099340405 email:segreteria@nota-aps.org