

Associazione Nazionale
“Gli Amici per la Pelle” ANAP Onlus
A sostegno dei malati di: Psoriasi, Vitiligine ed altre patologie cutanee croniche



MODULO DI ISCRIZIONE

L SOTTOSCRITT _____ NAT_ A _____ IL _____
RESIDENTE IN VIA _____ CAP _____ CITTA' _____ (____)
TEL _____ CELL. _____ PROFESSIONE _____
INDIRIZZO E-MAIL _____

CHIEDE DI:

ESSERE AMMESSO COME SOCIO (1) _____ PER L'ANNO _____
FA PRESENTE DI ESSERE AFFETTO DA _____ DALL'ANNO _____
DICHIARA DI AVER VERSATO LA SOMMA DI EURO _____ A MEZZO(2) _____
DATA _____ IN FEDE _____

(1) SIMPATIZZANTE € 25.00; ORDINARIO € 40.00; SOSTENITORE € 50.00; BENEMERITO € 100.00.

(2) CONTANTI. ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE-VAGLIA POSTALE. -C/C P.N.19383108-
BONIFICO BANCA UNICREDIT AG. CASCINE VICA 1 IBAN IT24L0200830871000001956450.

N.B. IL SOCIO SIMPATIZZANTE NON HA DIRITTO A EVENTUALI VISITE MEDICHE E ALLE AGEVOLAZIONI RELATIVE ALLE CONVENZIONI

PRIVACY

RICEVUTA L'INFORMATIVA SULL'UTILIZZAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL DECRETO 196/2003, CONSENTO AL LORO TRATTAMENTO NELLA MISURA NECESSARIA PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI SCOPI STATUTARI.

DATA _____

FIRMA _____