

Associazione Nazionale
“Gli Amici per la Pelle” ANAP Onlus

a sostegno dei malati di: Psoriasi, Vitiligine ed altre patologie dermatologiche croniche



MODULO DI ISCRIZIONE

* _L_ SOTTOSCRITT _____

*NAT_ A _____ *PROV _____ *STATO _____ *IL _____

*RESIDENTE IN VIA/C.so/P.zza _____ *CAP _____

*CITTA' _____ (_____)

*TEL _____ *CELL. _____

*INDIRIZZO E-MAIL _____

PROFESSIONE _____

AFFETTO DA _____ DALL'ANNO _____

CHIEDE DI:

ESSERE AMMESSO/A COME SOCIO/A ORDINARIO/A PER L'ANNO _____

DICHIARA DI AVER VERSATO LA SOMMA DI EURO⁽¹⁾ _____ A MEZZO⁽²⁾ _____

(1) QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 30.00

(2) CONTANTI. ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE- C/C P.N.19383108-
BONIFICO BANCO POSTA IBAN IT62P0760101000000019383108.

DATA, _____ FIRMA _____

*campi obbligatori

PRIVACY

RICEVUTA L'INFORMATIVA SULL'UTILIZZAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI, AI SENSI DELL'ART.13
REGOLAMENTO UE 2016/679, CONSENTO AL LORO TRATTAMENTO COME DA MODULO
ALLEGATO.

DATA _____ FIRMA _____

Registro Regionale del Volontariato n° 2734/93 – C.F. 95507410017
Sede legale: Via Sestriere, 129 – 10098 Rivoli (TO) mob. +393519142604
www.anapweb.it – e-mail info@anapweb.it