

MODULO DI ISCRIZIONE



Nome

Cognome

Nato/a

Data nascita

Residente a

Indirizzo

C.F.

Cellulare

E-mail

Desidero iscrivermi all'associazione UN SOGNO PER VINCERE, codividendo le finalità e attività nell'esclusivo interesse delle persone colpite dalla Fibrosi Cistica. Mi impegno a versare la quota associativa annuale prevista secondo le modalità dell'Associazione.

Le quote associative annuali sono:

- 10.00 euro Socio ordinario.
- 20.00 euro Socio sostenitore.
- 50.00 euro Socio benemerito.

Data..... Firma.....

Informativa e consenso ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003. I dati da me forniti verranno tratti in forma cartacea ed informatica per l'esclusivo svolgimento delle attività associative previste in sede di Statuto, nonchè per garantire il coinvolgimento degli associati nella vita associativa. Essi non saranno comunicati a Terzi e non saranno oggetto di discussione.

Nel rispetto delle condizioni sopra indicate acconsento al trattamento dei dati da me forniti.

Firma.....