



# AISP



## ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME DI POLAND

### DOMANDA DI ADESIONE SOCIO

**La/Il sottoscritto/a dichiara/o di condividere le finalità dell'Associazione e mi impegno ad approvare ed osservare lo statuto e i regolamenti. Chiedo di essere ammessa/o come Socio (quota sociale annuale € 30,00)**



Nome	_____				
Cognome	_____				
Luogo di nascita	_____				
Data di nascita	_____				
Codice Fiscale	_____				
Indirizzo	_____				
CAP	_____	Città	_____	Provincia	_____
Telefono	_____				
Cellulare	_____				
E-mail	_____				

**Sono informato/a che la presente richiesta di adesione sarà annullata in caso di non veridicità dei dati da me inviati. Confermo di aver preso visione dello "Statuto dell'Associazione" e di accettarlo integralmente.**

**Firma**

**Luogo e Data**

**Autorizzo che i miei dati vengano trattati ai fini della presente domanda di Adesione e dell'inserimento nella banca dati AISP, i dati sono richiesti per esigenze di tipo operativo, gestionali di AISP. Resta salvo il mio diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione e opposizione al trattamento dei dati, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003.**

**Firma**

**Luogo e Data**

**Provvederò al versamento della quota, che provvederò ad allegare alla presente richiesta, tramite:**

- C/C postale n. 53176889
- Bonifico Bancario intestato a:  
Associazione Italiana Sindrome di Poland ONLUS  
Banco Posta spa ABI 07601 CAB 1400 CIN A c/c 53176889  
IBAN IT63A0760101400000053176889
- Invio assegno bancario non trasferibile
- Invio assegno circolare