

QUOTA DI ISCRIZIONE

ANNO _____ € _____

PAGATA IL _____

Spett.le **Associazione Farmacisti Volontari per la
Protezione Civile
Sezione di Treviso
Fax n. 0422/412466**

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott. _____
nata/o a _____ il _____ Codice fiscale: _____
residente a _____ (Pr _____) in
Via/Piazza _____ Cap _____

CHIEDE

di essere ammessa/o a far parte dell'Associazione Farmacisti Volontari per la Protezione Civile – Sezione di Treviso, in qualità di socio ordinario.

A tal fine dichiara:

- di essere iscritta/o all'Albo dei farmacisti dell'Ordine provinciale della Provincia di _____ (n° iscrizione: _____);
- di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione e di condividerne le finalità;
- di possedere le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per le attività dell'Associazione;
- di indicare i seguenti recapiti per tutte le comunicazioni dell'Associazione:
 - o domicilio: _____ (da indicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza);
 - o e-mail: _____
 - o posta elettronica certificata: _____
 - o cellulare _____
- di aver provveduto al versamento della quota annuale di € 20,00, in contanti o con bonifico al seguente IBAN: IT 47 I 03599 01899050188535632 presso Cassa Centrale Banca- Banca Etica, Agenzia di Treviso, in data _____

AUTORIZZO, ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni al trattamento, anche con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal sottoscritto.

Luogo e data

Firma
