

Associazione Malati di CFS

RICHIESTA DI ADESIONE

(da restituire firmata ad Associazione Malati di CFS – via Luigi Marangoni 35 - 27100 Pavia)

Nome		Cognome			
Data di nascita		Luogo di nascita			
Indirizzo					
CAP		Città		Provincia	
Tel.		n. cell.		e-mail	
CODICE FISCALE					

CHIEDO DI ESSERE AMMESSO ALL'ASSOCIAZIONE MALATI DI CFS ONLUS IN QUALITA' DI:

- MALATO
 FAMILIARE O PARENTE
 SOSTENITORE

Chi ha rilasciato la DIAGNOSI di CFS/ME e DOVE?

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE 25,00 EURO

versamento tramite:

- bonifico bancario sul **c/c Intesa Sanpaolo** codice iban **IT62H0306909606100000181701**, intestato a: **Associazione Malati di CFS onlus – via Luigi Marangoni 35 – 27100 Pavia** indicando nella causale “quota associativa annuale” nonché il nominativo e indirizzo di chi versa.

Sono informato che la presente richiesta di adesione sarà annullata in caso di non veridicità dei dati da me inviati. Dichiaro di condividere le finalità che l'Associazione si propone, confermo di avere preso visione dello Statuto dell'Associazione e di accettarlo integralmente. Sono informato – ai sensi del Regolamento UE 2016 / 679 sulla Protezione dei Dati – che i miei dati saranno trattati dall'Associazione per la gestione organizzativa ed amministrativa dei servizi previsti nello Statuto e, a tal fine, prendo visione e sottoscrivo il modulo informativo allegato.

Acconsento al trattamento dei miei dati SI NO

DATA	
FIRMA	