



Associazione
FONDAZIONE ITALIANA HHT
"Onilde Carini" per la
TELEANGIECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA
o Sindrome di Rendu-Osler-Weber

MODULO DI ISCRIZIONE

Data.....

Nome Cognome.....

Nato a Il

Tel. Abitazione..... Tel. Lavoro

e-mail

Indirizzo

Città.....

Codice Fiscale.....

Verso in data odierna:

- Quota Socio Ordinario per l'anno 10 Euro
- Quota Socio Sostenitore per l'anno 50 Euro
- Donazione libera di Euro

*Tutte le informazioni riportate su questo modulo sono **VOLONTARIE e STRETTAMENTE CONFIDENZIALI**.
I DATI NON SARANNO NE' DIFFUSI, NE' COMUNICATI A SOGGETTI DIVERSI DA QUELLI CHE CONCORRONO
ALLA PRESTAZIONE DEL SERVIZIO RICHIESTO.
AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DELLA LEGGE 675 SULLA PRIVACY.

Firma.....