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

MODULO ISCRIZIONE

Data……..
Cognome e nome…….
Nato a …….. Il……
Tel. / Cell …… E-mail…….
Indirizzo…….. Città ……..
C.A.P. ……. Codice Fiscale……..

In data odiena verso:

[] Quota Socio Ordinario	per l'anno :	10,00 Euro
[] Quota Socio Sostenitore	per l'anno :	50,00 Euro
[] Donazione libera	per l'anno :	*(inserire cifra libera)*

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 SULLA PRIVACY (decreto legislativo 20 giugno 2003, n. 196).

Firma……

I suoi famigliari o conoscenti che vogliono sostenere la Fondazione hanno diritto a divenire Soci a pieno titolo della Fondazione versando la quota privilegiata di 1 Euro.

Nome Cognome Codice Fiscale	Indirizzo	Data e Luogo di Nascita	Quota	Firma
			1 Euro	
			1 Euro	
			1 Euro	
			1 Euro	
			1 Euro	
			1 Euro	