

## Associazione

## **FONDAZIONE ITALIANA HHT**

"Onilde Carini" per la TELEANGIECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA o Sindrome di Rendu Osler Weber

## **MODULO VERSAMENTO QUOTA ANNUALE**

| Data   |                                     |                                   |                  |               |            |  |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------|------------|--|
| Cognome e nome   |                                     |                                   |                  |               |            |  |
| COMPILARE SOL  | O I CAMPI OVE S                     | SIANO INTERV                      | 'ENUTE VARIA     | AZIONI        |            |  |
| Tel. / Cell  |                                     | E-mail                            |                  |               |            |  |
| Indirizzo  |                                     | Città                             |                  |               |            |  |
| C.A.P  |                                     | Codice Fiscale                    |                  |               |            |  |
| n data odiena verso:   |                                     |                                   |                  |               |            |  |
| [] Quota Socio Ordinario   | per l'anno :                        |                                   | 10,00 Eur        | О             |            |  |
| [] Quota Socio Sostenitore   | per l'anno :                        |                                   | 50,00 Eur        | o             |            |  |
| [] Donazione libera  | per l'anno :                        |                                   |                  | (inserire cif | ra libera) |  |
| Tutte le informazioni riportate su<br>I DATI NON SARANNO NE' DIFFUSI, NE' COI<br>SERVIZIO RICHIESTO.<br>AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI<br>(decreto legislativo 20 giugno 2003, n. 196) | MUNICATI A SOGGETT<br>MIEI DATI PER | 'I DIVERSI DA QUE<br>SONALI AI SE | ELLI CHE CONCORF |               | ZIONE DEL  |  |
|  | Г                                   | 11 111d                           |                  |               |            |  |

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<br>Codice Fiscale | Indirizzo | Data e Luogo di<br>Nascita | Quota | Firma |
|--------------------------------|-----------|----------------------------|-------|-------|
|                                |           |                            | 1     |       |
|                                |           |                            | Euro  |       |
|                                |           |                            | 1     |       |
|                                |           |                            | Euro  |       |
|                                |           |                            | 1     |       |
|                                |           |                            | Euro  |       |
|                                |           |                            | 1     |       |
|                                |           |                            | Euro  |       |
|                                |           |                            | 1     |       |
|                                |           |                            | Euro  |       |
|                                |           |                            | 1     |       |
|                                |           |                            | Euro  |       |