Associazione
FONDAZIONE ITALIANA HHT "Onilde Carini"
per la Teleangiectasia Emorragica Ereditaria o
Sindrome di Rendu Osler Weber - APS

MODULO VERSAMENTO QUOTA ANNUALE

Data: _____

COMPILARE SOLO I CAMPI OVE SIANO INTERVENUTE VARIAZIONI

Cognome e Nome: _____

Nato il _____ Email: _____

Tel. / Cell : _____ Città: _____

CAP: _____ Codice Fiscale _____

In data odierna 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 né diffusi, nè 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	