



SCHEDA DI ADESIONE ASSOCIAZIONE NAZIONALE PEMFIGO- PEMFIGOIDE ITALY

Via Monti di Creta 104, ROMA (RM)

DATI ANAGRAFICI

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A a _____ PROV (____) il ____/____/____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ N. _____

CITTÀ _____ PROV (____) CAP _____

RECAPITI

Telefono _____ email _____

INFORMAZIONI E TIPOLOGIA SOCIO

1) SONO AFFETTO DA
 PEMFIGO PEMFIGOIDE ALTRO _____

2) SONO PARENTE/AMICO DI _____
CHE È AFFETTO DA _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO COME

SOCIO ORDINARIO SOCIO VOLONTARIO SOCIO SOSTENITORE dell'Associazione **ANPPI**

DATA ____/____/____ FIRMA _____

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione e di avere l'intenzione di collaborare per il raggiungimento dello scopo sociale;
- che l'attività svolta non potrà essere retribuita in alcun modo, nemmeno dai beneficiari, e potranno essere rimborsate soltanto le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata entro i limiti che l'organizzazione fisserà annualmente;
- di impegnarsi all'osservanza delle disposizioni statutarie e regolamentari, nonché le direttive e le deliberazioni che nell'ambito delle disposizioni medesime sono emanate dagli organi dell'Ass.ne;
- di versare, previa decisione favorevole del Consiglio Direttivo, la quota associativa di **€ 25,00**;
- di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e del Regolamento Europeo DGPR 679/2016 nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statuari (vedi allegato).

MODALITÀ DI VERSAMENTO

Bonifico Bancario presso BANCA PROSSIMA, gruppo Intesa SanPaolo

IBAN IT85Z0306909606100000009050

La domanda d'iscrizione verrà esaminata dal direttivo dell'ANPPI, come previsto dallo statuto, per ulteriori informazioni potete contattare il seguente numero: 347/5383591.

Il modulo e la copia del versamento dovranno essere inviati alla seguente e-mail: iscrizionianppi@pemfigo.org