



## SCHEDA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PEMFIGO PEMFIGOIDE ITALY

Via dei Monti di Creta, 104 Roma - SITO [pemfigo.org](http://pemfigo.org) - MAIL [associazione@pemfigo.org](mailto:associazione@pemfigo.org)

Questo modulo va inviato all'indirizzo [associazione@pemfigo.org](mailto:associazione@pemfigo.org) insieme alla ricevuta del bonifico

<b>Alla Presidente dell'Associazione Nazionale Pemfigo /Pemfigoide Italy</b>																	
Io sottoscritto/a	NOME COGNOME																
Nata/o a	LUOGO DI NASCITA										Prov		il	DATA			
Residente in via/c.son.																	
Città											Prov		CAP				
email											Tel				Cell.		
Codice Fiscale																	
Portatore di	Pemfigo										Pemfigoide						
(mettere una crocetta)	Hailey Hailey Disease										Altro (specificare)						
avendo letto lo Statuto dell'associazione e l'informativa relativa al trattamento dati personali presenti sul sito <a href="http://pemfigo.org">pemfigo.org</a>																	
<b>DICHIARO</b>																	
Di voler aderire all'Organizzazione di Volontariato denominata Associazione Nazionale Pemfigo Pemfigoide Italy. A tale scopo mi impegno a versare la quota associativa di euro 25 da rinnovare entro il mese di <b>marzo</b> di ogni anno.																	
Con la presente autorizzo inoltre il trattamento dei miei dati personali ai fini associativi ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 articoli 6 e 9																	
Luogo e data di compilazione											Firma						

### INDICAZIONI per effettuare il bonifico di euro 25:

**IBAN** IT85Z0306909606100000009050 **Banca** Prossima SpA gruppo Intesa S. Paolo

**Causale:** cognome e nome della persona che intende associarsi.

**La ricevuta del bonifico** va inviata all'indirizzo [contabilita@pemfigo.org](mailto:contabilita@pemfigo.org) insieme al presente modulo compilato in ogni sua parte.