



SCHEDA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PEMFIGO PEMFIGOIDE ITALY

ANPPI

Via dei Monti di Creta, 104 Roma - SITO pemfigo.org - MAIL associazione@pemfigo.org

Questo modulo va inviato all'indirizzo associazione@pemfigo.org insieme alla ricevuta del bonifico

Alla Presidente dell'Associazione Nazionale Pemfigo /Pemfigoide Italy									
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 (mettere una crocetta)	Pemfigo			Pemfigoide					
	Hailey Hailey Disease			Altro (specificare)					

avendo letto lo Statuto dell'associazione e l'informativa relativa al trattamento dati personali presenti sul sito pemfigo.org

DICHIARO

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 **marzo** 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** insieme al presente modulo compilato in ogni sua parte.