



SCHEDA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PEMFIGO PEMFIGOIDE ITALY

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

Questo modulo va inviato all'indirizzo contabilita@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	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 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.