

# A.M.I.P. – onlus

## ASSOCIAZIONE MALATI DI IPERTENSIONE POLMONARE

Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale – D.L. 460/97

Via Ardea nr. 1/B – 00183 ROMA

### DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

(da ritornare compilata e firmata)

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Domiciliato in via: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_, C.A.P.: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

MALATO:           SI     NO

SOSTENITORE:   SI     NO

Chiede di essere ammesso all'associazione in qualità di socio.

Ai sensi della Decreto Legislativo 196/2003 autorizzo l'associazione all'archiviazione e al trattamento dei miei dati per il solo uso associativo.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_