

AI COMITATO DIRETTIVO

DELL'ASSOCIAZIONE MALATI DI IPERTENSIONE POLMONARE

Organizzazione di Volontariato – E.T.S.

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: _____ Prov. _____ 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 del D.L. 196/2003 autorizzo l'associazione all'archiviazione ed al trattamento dei miei dati per il solo uso associativo.

Data _____

Firma _____