

DOMANDA DI ISCRIZIONE / RINNOVO SOCIO ORDINARIO

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DI
AIB – Associazione Italiana Bronchiettasie
Via L. Capuana, 21 - 20017 – RHO – MI,
www.aibro.it

Data _____

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

IN CASO DI RINNOVO COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI SOLO IN CASO DI VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRIMA ISCRIZIONE

Indirizzo di residenza

Via _____ N°. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Contatti

tel. _____ fax _____

e- mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a in qualità di Socio Ordinario

di rinnovare l'iscrizione quale Socio Ordinario

a far parte dell'associazione AIB – Associazione Italiana Bronchiettasie, per l'**anno corrente**.

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti e si impegna ad osservarli unitamente alle deliberazioni degli Organi Sociali;
- di aver effettuato il pagamento della quota associativa annuale di euro 35,00 sul c/c Poste Italiane:

Associazione Italiana Bronchiettasie

IBAN: IT20G0760101600001047010598

Causale: Rinnovo Quota Socio Ordinario

e allega pertanto alla mail indirizzata a: iscrizioni@aibro.it

- **scansione del presente modulo compilato**

- **scansione del versamento effettuato**

Il sottoscritto, dato atto di avere ricevuto l'informativa dal Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, espressamente garantisce il suo consenso al trattamento (inclusivo di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione) dei propri dati personali acquisiti o che saranno acquisiti in futuro dall'Associazione

In Fede
