

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICARE ONLUS

Al Presidente dell'Associazione
Medicare ONLUS

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (____) il _____

Residente _____ (____) C.A.P. _____

Via _____ n. _____ cell _____

Professione _____ Documento _____

Cod.fiscale _____ Email _____

CHIEDE

di essere ammesso/a in qualità di Socio Ordinario dell'Associazione ONLUS per l'anno _____ impegnandosi ad osservare i principi, le finalità e le disposizioni statutarie e a versare la quota sociale annuale di € _____.

Il versamento può essere effettuato online (con carta di credito e in tutta sicurezza), ovvero recandosi presso la nostra segreteria:

Codice **IBAN:** **IT36P0200816910000102980896 (Unicredit)**
 IT75I0521616903000008093210 (Credito Valtellinese)
 IT22A0303216903010000005445 (Credem)

Nella causale indicare: "Quota sociale anno _____".

- dichiaro inoltre di essere a conoscenza di quanto previsto dalla nuova normativa (art.13 UE 2016/679 o "GDPR") in materia di protezione dati personali ed
- esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le vostre finalità istituzionali
- non esprimo il consenso

Luogo, data _____

Firma _____

MEDiterranean Cancer support and Rehabilitation – Medicare ONLUS

Sede operativa e legale: Viale Fleming, 20/C – 95125 Catania – Tel. 3477064563

IBAN1: IT36P200816910000102980896 – IBAN2: IT75I0521616903000008093210 – IBAN3: IT22A0303216903010000005445

e-mail: info@medicareonlus.com – www.medicareonlus.org – 5x1000: C.F. 93174360870

