



A.B.A.R. ODV
Associazione Bresciana Artrite Reumatoide

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... il

Abitante in via.....

Città.....CAP..... Provincia.....

Telefono..... E-mail.....

Codice fiscale..... Pec

CHIEDE DI ISCRIVERSI IN QUALITÀ DI SOCIO ORDINARIO ALL'A.B.A.R. ESSENDO:

Malato Parente del malato.....

Anno dell'inizio malattia..... Grado di parentela.....

Dichiara di condividere le finalità di A.B.A.R e si impegna ad approvarne ed osservarne lo Statuto, con particolare riferimento agli articoli 4, 5, 6 e gli eventuali regolamenti.

- QUOTA ASSOCIATIVA A.B.A.R.: PARI A 20 EURO / ANNO -

• Da pagare, per contanti, in segreteria

Oppure con il bonifico bancario N° IBAN: IT93Y030691123510000002850

Data..... Firma

Ai sensi dell'articolo 675/96 e del D.L. 196/2003 si comunica a tutti i soci dell'A.B.A.R.- ODV. che il responsabile dei dati è il Presidente in carica e che i dati sono trattati con il sistema elettronico.

I dati personali: Nome, Cognome, e indirizzo vengono utilizzati esclusivamente per le finalità previste dallo statuto. Nuova Privacy GDPR: I dati in possesso della Associazione (anagrafica) forniti al momento dell'iscrizione continueranno ad essere utilizzati per comunicazioni relative alle nostre attività. I dati dei Soci non saranno diffusi a terzi e saranno trattati in modo da garantirne sicurezza e riservatezza.

Il sottoscritto attesta il proprio libero consenso affinché il titolare proceda al trattamento dei propri dati personali.

Firma

INVIARE PER E_mail IN FORMATO PDF, SPEDIRE A MEZZO POSTA O RECAPITARE A A.B.A.R. PRESSO IL SERVIZIO DI REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA PIAZZALE SPEDALI CIVILI N.1- 25123 BRESCIA