



MODULO DI ISCRIZIONE 2018 all'Associazione Lotta al Linfedema Onlus

Compila questo modulo (in stampatello) e consegnalo o invialo (via fax o mail) alla sede dell'Associazione.

Il/La sottoscritto/a

nato/a il / / a

residente a CAP

in via / piazza

Tel. fisso Cellulare

Fax E-mail

si associa liberamente e volontariamente all'Associazione Lotta al Linfedema Onlus.

Quota annuale: socio ordinario **15 Euro**

Desidero essere informato/a delle attività ed iniziative associative a mezzo:

e-mail telefono fisso telefono cellulare

Data / / Firma _____

CONSENSO

Io sottoscritto/a

autorizzo / non autorizzo

i rappresentanti dell'Associazione Lotta al Linfedema Onlus a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini del raggiungimento delle finalità statuarie dell'Associazione stessa.

Luogo Data / /

Firma _____