

RICHIESTA DI ADESIONE: "AENDO Associazione Italiana Dolore Pelvico ed Endometriosi"

Nome:		Cognome:	
Nata/o a:		Il:	
Residente a:		In:	
Provincia:		Cap:	
Telefono/cell.		Mail:	
C.F./doc.identità n°		Professione:	

Io sottoscritto, con la presente, dichiaro di aver preso visione dello Statuto, di condividerne gli obiettivi e di voler contribuire alla loro realizzazione impegnandomi all'osservazione delle norme statutarie. Come da statuto, l'adesione ad AENDO è subordinata all'accettazione da parte del Consiglio Direttivo.

Contestualmente dichiaro di aver versato la quota associativa pari ad € 25,00 (venticinque/00)

Firma:		Data:	
--------	--	-------	--

Ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, autorizzo AENDO alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali con l'esclusiva finalità di poter perseguire in modo adeguato gli scopi sociali.

bonifico bancario intestato a:

AENDO - ASSOCIAZIONE ITALIANA DOLORE PELVICO ED ENDOMETRIOSI

c/c numero: 69331

IBAN: IT17 H033 5901 6001 0000 0069 331

BIC BCITITMX

Causale di versamento: "Quota Associativa" di *Cognome e Nome*