



ISCRIZIONE 2019

Data .

Cognome .

Nome .

Codice Fiscale .

N. Tessera Sanitaria .

Medico di base .

Nata a . il .

Residente in .

Via .

Cap . Regione .

Telefono . Cell .

E-mail .

Professione .

Paziente . Familiare .

Desidero iscrivermi all' AICI in qualità di

Socio Ordinario € 50,00

Socio Onorario € 60,00

Coordinate per effettuare il Bonifico Bancario intestato a: Associazione Italiana Cistite Interstiziale
INTESA SANPAOLO
C/C n° 125468
IBAN: IT08G0306909606100000125468
SWIFT: BCITITMM

GRAZIE PER IL TUO AIUTO!

Inoltre, in ottemperanza a quanto disposto dal D.L. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizzo al trattamento dei dati inseriti nella presente scheda di adesione e degli eventuali altri dati personali e/o sensibili di cui l'associazione venisse in possesso nel corso della mia adesione alla stessa nel rispetto delle norme statutarie. Mi riservo inoltre, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del suddetto decreto, di richiedere la cancellazione di tutti i miei dati mediante comunicazione scritta da inviarsi al Titolare del trattamento dei dati dell'associazione nella persona del Rappresentante Legale pro tempore.

Data

Firma.....