



## ISCRIZIONE Anno \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_  
Cognome : \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale : \_\_\_\_\_  
N. Tessera Sanitaria: \_\_\_\_\_  
Medico di base: \_\_\_\_\_  
Nata a : \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_  
Il : \_\_\_\_\_  
Residente in : \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_  
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.....