# ISCRIZIONE 2017

DATA:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | | | |
| Nome |  | | | |
| Codice Fiscale |  | | | |
| N. Tessera Sanitaria . |  | | | |
| Medico Generico. |  | | | |
| Nata a |  | | il |  |
| Residente in |  | | | |
| Via |  | | | |
| Cap |  | | Regione |  |
| Telefono |  | Cell |  | |
| E-mail |  | | | |
| Professione |  | | | |
| Paziente | | Familiare | | |

Desidero iscrivermi all’ AICI in qualità di

Socio Sostenitore € 50,00

Socio Benefattore € 100,00

Socio Donatore Offerta libera superiore a € 100,00

Coordinate per effettuare il Bonifico Bancario intestato a : Associazione Italiana Cistite Interstiziale

Banca Prossima

C/C n° 125468

IBAN IT52K0335901600100000125468

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………………………….