



## ISCRIZIONE 2017

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

Coordinate per effettuare il Bonifico Bancario intestato a : Associazione Italiana Cistite Interstiziale  
BANCA PROSSIMA  
C/C n° 125468  
IBAN: IT52K0335901600100000125468  
SWIFT: BCITITMX

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.....

