



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.....

