



Associazione Famiglie Malati di Alzheimer ONLUS
GENOVA

MODULO DI ADESIONE A SOCIO

Nome/ Cognome(per le donne da nubile)_____

Nato /a _____ il _____

- Res. in Via/Piazza/ n° civ. _____
- C.A.P. /Comune/ Prov . _____
- Telefono fisso/cellulare _____
- Cod.Fisc. _____
- Doc. Riconoscimento Tipo / n° _____

Rilasciato in data _____ da _____

Indirizzo di posta elettronica : _____

Si rilascia tessera per oblazione . Euro.....

Data _____ Firma _____

Informativa ai fini della legge 675/96 (Tutela della Privacy)

I dati personali raccolti saranno custoditi negli archivi dell' AFMA e saranno utilizzati per le finalità dell' associazione, responsabile del trattamento è il Presidente dell' AFMA
il mancato consenso all' utilizzo dei dati comporta la non ammissibilità della domanda di adesione, per contro, in ogni momento, il socio potrà chiedere notizie in merito al loro trattamento e/o divulgazione.

PER LA SEGRETERIA : TESSERA N ° _____

Referente A. F. M. A. _____



Associazione Famiglie Malati di Alzheimer ONLUS
GENOVA

MODULO DI ADESIONE A SOCIO

Nome/ Cognome(per le donne da nubile)_____

Nato / a _____ il _____

- Res. in Via/Piazza/n° civ. _____
- C.A.P. /Comune/ Prov . _____
- Telefono fisso/cellulare _____
- Cod.Fisc. _____
- Doc. Riconoscimento Tipo /n° _____

Rilasciato in data _____ da _____

Indirizzo di posta elettronica : _____

Si rilascia tessera per oblazione . Euro.....

Data _____ Firma _____

Informativa ai fini della legge 675/96 (Tutela della Privacy)

I dati personali raccolti saranno custoditi negli archivi dell' AFMA e saranno utilizzati per le finalità dell' associazione, responsabile del trattamento è il Presidente dell' AFMA
il mancato consenso all' utilizzo dei dati comporta la non ammissibilità della domanda di adesione, per contro, in ogni momento, il socio potrà chiedere notizie in merito al loro trattamento e/o divulgazione.

PER LA SEGRETERIA : TESSERA N ° _____

Referente A.F. M. A. _____