



MODULO DI ISCRIZIONE

(Compilare in stampatello)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

Nato/a a.....il.....

Abitante in via.....

Città.....CAP.....provincia.....

Telefono.....e-mail.....

CHIEDE DI ISCRIVERSI IN QUALITA' DI:

- SOCIO SOSTENITORE € 50,00
 SOCIO SIMPATIZZANTE € 10,00
 ALTRO €.....

Parente del malato (grado di parentela.....)

Altro.....

Data.....Firma.....

Ai sensi della Legge 675/96 e del D.L. 196/2003 si comunica a tutti i soci dell'Associazione che il responsabile dei dati è il Presidente in carica e che i dati sono trattati con il sistema elettronico.

I dati personali: nome, cognome e indirizzo vengono utilizzati esclusivamente per le finalità dello Statuto. Il sottoscritto attesta il proprio libero consenso affinché il titolare proceda al trattamento dei propri dati personali.

Firma.....

Spedire o recapitare a:

ASSOCIAZIONE ALZHEIMER E DEMENZE

c/o Div. Neurologia – A.O.V.V. – Presidio Ospedaliero di Sondrio

Via Stelvio n. 25

23100 SONDRIO

Per eventuali contributi volontari: Banca Credito Valtellinese c/c n. 12759 CAB 11010 – ABI 5216