



## **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 del D.L. 196/2003 e del Nuovo Regolamento UE 2016/679 (o GDPR) 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 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.S.S.T. Valtellina e Alto Lario - Presidio Ospedaliero di Sondrio

Via Stelvio n. 25

23100 SONDRIO

Per eventuali contributi volontari: Crédit Agricole (Creval) - IBAN IT10H0623011010000015310855