



MEDICINA OLISTICA

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO dell'APS "La Medicina Olistica Nazionale"

Spett.le APS "La Medicina Olistica Nazionale"
Piazza Giorgio La Pira, 24
Lissone (MB) 20851

OGGETTO: RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE

(Inviare tramite e-mail a: info@medicinaolistica.org)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via/Corso/Piazza _____ n° _____

Comune _____ CAP _____ Provincia _____

Se operatore sanitario, indicare la qualifica _____

Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Chiede a questo spett. le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'Associazione APS "La Medicina Olistica Nazionale", condividendone le finalità. Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e gli eventuali regolamenti e deliberazioni degli organi associativi.

A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto associativo e si impegna al versamento della quota associativa annuale, come socio ordinario.

Per il pagamento della quota associativa di: € 50,00 Altro importo: € _____

Pagamento contanti

Pagamento con bonifico bancario

Conto Corrente Bancario

Istituto: BANCO BPM

Intestato a: "La Medicina Olistica Nazionale APS"

IBAN IT 82 P 05034 33272 000000001234

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e successive modifiche (GDPR) consento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo _____ Data _____ Firma _____



MEDICINA OLISTICA