

RICHIESTA DI ADESIONE Anno 2017

Il/La Sottoscritto/a (*)	
Residente	
Via	
Città_Cap_Prov	
Nato/a (località e data)	
Ente/Professione	
Telefono	
Mail	

(*) In caso di adesione da parte di ente/società specificarne il nome e indicare il nome del legale rappresentante)

CHIEDE

Di essere ammesso come **Socio Ordinario** di Ass.I.Ort (Associazione Italiana Ortoterapia)

- A tal fine allega Curriculum Vitae ed indirizzo cui ricevere conferma dell'accettazione della Sua richiesta o di motivato rifiuto da parte del Consiglio Direttivo.
- Dichiara, in caso di accettazione della richiesta, di provvedere al pagamento della quota associativa pari a 20€, tramite:

Bonifico Bancario intestato

Associazione Italiana Ortoterapia - Ass.I.Ort IBAN: IT42D0558420405000000001964

Banca Popolare Milano – Agenzia 00483

Via Ugo Foscolo 18 – 20052 Monza

Luogo e data

Firma

N.B. Il presente modulo compilato in ogni sua parte va inviato, indipendentemente dalla forma di pagamento scelta, unitamente al proprio curriculum vitae via e-mail come allegato a: comunicazione@assior.it

PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)

Si informa che i dati forniti saranno tenuti rigorosamente riservati e verranno utilizzati unicamente dall'Associazione per dar corso alla richiesta di adesione e agli adempimenti di legge correlati. I dati saranno utilizzati anche per comunicazioni sociali e resteranno a disposizione per esercitare tutti i diritti previsti dell'art. 7 del citato decreto legislativo. Per nessun motivo tali dati verranno divulgati a terzi senza il necessario consenso. Titolare del trattamento dei dati raccolti è: rappresentante legale Associazione Italiana Ortoterapia.