

RICHIESTA DI RINNOVO – ANNO 2017

Nome & Cognome	
Tessera Ass.I.Ort N.	

Dichiaro di aver versato la quota associativa di 20€ a mezzo di:

bonifico bancario intestato a:

Associazione Italiana Ortoterapia - Ass.I.Ort

IBAN: IT42D0558420405000000001964

Banca Popolare Milano – Agenzia 00483

Via Ugo Foscolo 18 – 20052 Monza

assegno bancario non trasferibile intestato a:

Associazione Italiana Ortoterapia - Ass.I.Ort

Viale Caviglia 3

20900 Monza

Inviarlo per posta con il modulo di rinnovo compilato

Luogo e data

Firma

N.B. Il presente modulo va compilato in ogni sua parte e inviato, indipendentemente dalla forma di pagamento scelta, via e-mail come allegato a: comunicazione@assiort.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.