

Al Consiglio Direttivo
dell'Associazione Network Italiano Laminopatie ETS
Bologna

Il/La sottoscritto/a, nato/a a --.....

Il e residente a CAP.....

Via....., C.F.....

Tel., Email.....

chiede

di diventare membro dell'Associazione Network Italiano Laminopatie ETS, dichiarando sin da ora di condividere le finalità che l'Associazione si propone e di impegnarsi – in caso di ammissione – a osservare lo Statuto e i regolamenti dell'Associazione nonché la Normativa Applicabile.

Si impegna altresì a versare la quota associativa annuale pari a Euro 40 (soci ordinari) o Euro 20 (pazienti) mediante bonifico bancario con coordinate:

Banca Intesa Sanpaolo, Via Degli Artieri 2, 40121 Bologna

c /c n. 1000/00400585 intestato a Network Italiano Laminopatie

IBAN: **IT97D0306909606100000400585**

In fede

(firma)

INVIARE IL MODULO COMPILATO E FIRMATO A: networkitalianolaminopatie@gmail.com