Associazione Familiari Malati di Alzheimer

Scheda Associativa

[ ] Nuovo socio
[ ] Rinnovo
[ ] Donazione

Nome.....Cognome.....

Luogo e data di nascita.....

Cod. Fisc.....

Ai sensi dell'Art. 10 Legge 675/96 consento al trattamento dei miei dati personali per il proseguimento degli scopi statutari dell'Associazione.

Firma.....

Data.....

Desidero che tutte le comunicazioni dell'Associazione AFMA Onlus

mi giungano a questo indirizzo

Via.....

CAP.....Città.....Provincia.....

Telefono.....Cell.....e-mail.....

Ho deciso di
[ ] associarmi
[ ] fare una donazione per questo motivo:
[ ] o un famigliare malato
[ ] sono interessato professionalmente
[ ] per solidarietà
[ ] in memoria di.....

Le quote annuali di iscrizione all'Associazione AFMA Onlus sono
[ ] Socio ordinario da.....
[ ] Simpatizzante donazione.....

Faccio pervenire il mio contributo attraverso
[ ] Vaglia postale.....
[ ] Bonifico sul c/c bancario: IBAN IT 90 S 08519 24308 000140101351

Si prega di stampare, compilare e inviare questa scheda all'indirizzo della nostra sede legale:
AFMA Onlus presso Dr. Caporaso Michele
Via Angiola Bianchini, 2A 61032 Fano (PU)