



Modulo adesione Associazione "AMAR"

La parte seguente è assolutamente necessaria per completare l'iscrizione
e va spedita via fax allo **0543.705338 - 0543.704247**
oppure via mail a: **perini.pino@libero.it**

(compilare in stampatello)

NOME _____

COGNOME _____

NATO il _____ a _____

RESIDENTE a _____ in Via _____

CODICE FISCALE (non obbligatorio) _____

Telefono _____ e-mail _____

Chiedo di essere iscritto come socio

*all'associazione Onlus **A.M.A.R.***

*(Associazione **Malattie Autoimmuni Rare**)*

e autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini istituzionali.

Data

Firma
