

COGNOME _____ NOME _____

nata a _____ pr _____ il _____

titolo di studio _____ CF _____

VIA _____ CAP _____ CITTA' _____ PR _____

TELEFONO _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

REVERSIBILITA': dal _____ nome Dirigente _____

ISCRIZIONE : a decorrere dal **1.....2021** pagamento DIRETTO

- Ricevuta l'informativa dei miei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.
- L'iscrizione si intende tacitamente rinnovata sino a formale disdetta con dimissioni scritte da presentare entro l'anno.

Data _____

Firma _____

Il contributo associativo annuo di euro 100,00 deve essere versato ENTRO IL 31 Marzo di ogni anno con le seguenti modalità:

- ai nostri sportelli dal lunedì al venerdì, dalle 9,00 alle 12,30;
- invio di assegno bancario intestato ad A.S.D.A.I. Liguria;
- bonifico su **Banca Intesa Sanpaolo – Filiale di Milano – Piazza Paolo Ferrari 10**
IBAN IT04 0 030 6909 6061 0000 0112 924 estero: **BIC/SWIFT BCITITMXXXX.**
- bonifico sul **c/c POSTALE n, 25859166, ABI 07601 CAB 03200**
IBAN IT05 D076 0101 4000 0002 5859 166 estero: **BIC BPPIITRXXX.**
- versamento sul c/c POSTALE N. 25859166

Approvato dal Consiglio Direttivo nella riunione del 29 marzo 2006