

Associazione "Rete Malattie Rare" onlus

www.retemalattierare.it

e-mail: associazione@retemalattierare.it

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE

Anno 2011/2012

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale

nato/a a

provincia di (o Stato estero)

il

cittadino/a italiano/a [sì] - [no] (specificare lo Stato).....

e residente a Prov.

in n. C.A.P.

Tel. Cell. FAX

E-mail

CHIEDE

l'iscrizione all'Associazione "Rete Malattie Rare".

DICHIARA:

- di aver preso visione e di accettare lo statuto dell'Associazione "Rete Malattie Rare";
- di autorizzare l'utilizzo dei propri dati personali per gli scopi istituzionali ai sensi dell'art. 10 della legge n° 375/96 e per lo svolgimento di tutte le pratiche amministrative necessarie ed inoltre, in base all'art. 13 della citata legge, potere in qualsiasi momento chiederne l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione;
- di aver versato la quota sociale annuale di € 25 sul Conto Corrente Postale n. 60242625 intestato a: Associazione Rete Malattie Rare.

Il richiedente

Data

Firma

Legge privacy

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/03, per gli scopi inerenti le attività associative.
Potrò modificare, far cancellare i miei dati od oppormi al loro utilizzo scrivendo a : Associazione "Rete Malattie Rare"onlus - Via Ronzinella 31021 Mogliano Veneto (Treviso)

Firma del richiedente