

RICHIESTA DI ADESIONE 2017

Il/la sottoscritto/a
Nato/a ail
nella sua veste di rappresentante legale dell'azienda/associazione/ente
(indicare denominazione)
con sede legale in via/piazza.....
CAP.....Città..... Provincia.....
Tel.....cell.....e-mail
Attività svolta

CHIEDE

Di aderire all'Associazione Scirarindi in qualità di:

[] Socio Sostenitore

Il/la sottoscritto/a, nella veste di cui sopra, dichiara di aver preso visione dello Statuto (consultabile sul sito www.scirarindi.org), di condividerne le finalità e di voler contribuire alla loro realizzazione. Si impegna all'osservanza delle norme statutarie e delle disposizioni del Consiglio Direttivo.

Data Firma.....

Consenso dell'interessato/a alla raccolta ed al trattamento dei dati personali
Autorizzo l'associazione "Scirarindi" al trattamento dei dati contenuti nella presente scheda di raccolta ai sensi della L. 196/2003

Data Firma.....

QUOTA ASSOCIATIVA 2017

- Quota Sociale Socio Sostenitore € 112 (da rinnovare 1 volta all'anno)

MODALITA' DI PAGAMENTO

- **Versamento con Bollettino Postale:** c.c. postale n.91788034 intestato a: Associazione "Scirarindi", Via Cagliari 2, 09048 Sinnai (Ca)
- **Bonifico Bancario-** IBAN: IT 59 Q 07601 04800 000091788034

PER FAVORE INVIARE VIA MAIL (info@scirarindi.org) o PER POSTA a Associazione Scirarindi via Cagliari 2, 09048 Sinnai (Ca):

1. COPIA DI RICEVUTA PAGAMENTO
2. MODULO DI ADESIONE COMPILATO