

Il/La Sottoscritto/a:

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il _____ CF _____

Residente a _____

Indirizzo residenza _____

Località _____ CAP _____ Provincia _____

Ente/ Società _____

In caso di adesione da parte di ente/società specificarne il nome e indicare il nome del legale rappresentante

E-mail _____ Numero di Telefono _____

dichiarando di aver letto lo Statuto dell'Associazione PsicoSfere e di condividerne gli scopi,

CHIEDE

di essere ammesso come: Socio Ordinario [€ 15,00]

di inviare regolare ricevuta del versamento effettuato a mezzo di:

Bonifico bancario intestato a:

Associazione PsicoSfere

codice IBAN: IT82Y0359901899050188539549

causale: nome/cognome - quota associativa anno

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy

Luogo e data _____

Firma
