



MODULO DI ISCRIZIONE

DACCAPO
Associazione
Trauma Cranico
onlus

Al presidente e al consiglio direttivo di Daccapo-Associazione Trauma Cranico.

Io sottoscritto/o:

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Indirizzo	
Città	
Provincia	
C.A.P.	
Tel casa	
Fax casa	
Tel lavoro	
Fax lavoro	
Telefono mobile	
e-mail	

- chiedo di essere iscritta/o in qualità di Socio Ordinario a Daccapo-Associazione Trauma Cranico - onlus e a tal fine mi impegno (barrare una delle caselle sottostanti per indicare il tipo di tessera scelto) al versamento alla suddetta Associazione di una quota associativa annuale pari a:
() €15,00 per la tessera BASE
() €20,00 per la tessera DACCAPO-ONE
- dichiaro di conoscere e accettare integralmente la Statuto dell'Associazione.

Con riferimento al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali sulla tutela dei dati personali, si autorizza Daccapo-Associazione Trauma Cranico al trattamento dei dati personali per finalità strettamente funzionali alla gestione del rapporto.

Firma

Lì, _____
