A.Ma.R. Marche ODV
Associazione Malati Reumatici Marche

Via Aldo Moro, 25 - C/O Ospedale Carlo Urbani - 60035 Jesi
CF 92028170428 *amarmarcheonlus@gmail.com*

Modulo di Iscrizione all'Associazione – Anno _____

quota di iscrizione 15,00 euro

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a_____ il _____

CF_____

Residente in Via_____

Città_____CAP_____Provincia_____

Tel._____ email_____

CHIEDE DI ISCRIVERSI IN QUALITA' DI SOCIO ORDINARIO, IMPEGNANDOSI AD OSSERVARE LO STATUTO IN VIGORE

Data _____ Firma_____

☐ PRIMA ISCRIZIONE ☐ RINNOVO

La quota di iscrizione può essere versata tramite bonifico alle seguenti coordinate bancarie

IBAN IBAN IT40Q 03069 09606 1000 0016 9359

conto intestato A.Ma.R. Marche – presso BANCA INTESA – SAN PAOLO

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI EX ART 23 D.LGS N 196/2003

Il/La sottoscritto/a_____
avendo preso visione dell'informativa fornita dall'Associazione A.Ma.R. Marche come previsto dall'art 13 del D.lgs n.196/2003 sul trattamento e sulla comunicazione dei dati personali (comuni e sensibili) da questa effettuati con le finalità di provvedere al perseguimento dello scopo associativo e connessi adempimenti di legge e statutari, in relazione a quanto espresso al paragrafo 1 dell'informativa medesima e preso atto dei propri diritti riconosciuti dagli articoli 7 e 8 del Codice, acconsente al trattamento, ivi compresa la comunicazione, dei propri dati personali anche sensibili, per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

Luogo e Data_____ Firma (leggibile)_____