SCHEDA ADESIONE SOCIO

Il sottoscritto

NOME……………………………………………………………………………………………………………….

COGNOME……………………………………………………………………………………………………….

NATO A……………………………………………………………………………………………………………

IL……………………………………………………………………………………………………………………….

CODICE FISCALE………………………………………………………………………………………………..

RESIDENTE IN……………………………………………………………………………………………………

VIA………………………………………………………………………………………………………………………

INDIRIZZO EMAIL………………………………………………………………………………………………..

TELEFONO………………………………………………………………………………………………………….

chiede diventare socio dell’Associazione Amici dei BAMBIni della Chrurgia Pediatrica e dichiara di accettare quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento

Data………

firma