

MODULO DI RICHIESTA ADESIONE SOCIO SALUTE PLUS APS

Al Consiglio Direttivo di **Salute Plus Aps**, P.iva 17375031006

La/il sottoscritta/o

Nata/o a _____ il _____ Prov. _____

Codice Fiscale

Residente in _____ Prov _____

Indirizzo _____ CAP _____

Telefono _____ Cell _____ e-mail _____

Documento d'identità _____ N _____

in proprio

quale genitore esercente la potestà genitoriale su mio/a figlio/a:

Cognome e Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Chiede

di poter aderire all'associazione **Salute Plus Aps** in qualità di Socio Ordinario. A tal fine il sottoscritto dichiara di aver preso visione dello statuto e di accettarlo integralmente, e di effettuare il versamento della quota associativa annuale pari a 1€.

Il versamento può essere effettuato tramite bonifico al seguente Conto corrente BNL

Agenzia SP. FIL. SENATO ROMA (6373)
IBAN IT50X0100503373000000004930

(si suggerisce di specificare nome e cognome.
Causale versamento: adesione).



INQUADRA CON IL TELEFONO
IL QR CODE

Per iscriversi basta scaricare, compilare e reinviare il modulo di richiesta adesione a segreteria@saluteplus.it allegando anche copia fronte retro del proprio documento d'identità.

Luogo e Data: _____ Firma: _____

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi dell'informativa Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs 679/2016, dà il consenso al trattamento dei propri dati personali nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi statutari e con le modalità indicate nell'informativa medesima.