



Associazione Malattie Autoimmuni Rare - ODV
Via Oriani 1 – 47122 Forlì – C.F. 92056030403
Tel. 0543/774270 - Fax 0543/750555 - email perini.pino@libero.it

MODULO DI ADESIONE
“A.M.A.R. ODV”

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. ___) il ___/___/___
residente a _____ (Prov. ___) in Via _____
tel. _____ email _____
C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso quale socio dell'Associazione “A.M.A.R. Odv (Associazione Malattie Autoimmuni Rare)” e versa la quota di iscrizione che gli consentirà di usufruire dei vantaggi previsti dall'iscrizione a codesta Associazione.

DICHIARA

di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione e di accettarlo incondizionatamente in ogni sua parte; si impegna a rispettare quanto in esso contenuto, aderendo alle finalità indicate, e ad operare per il raggiungimento degli obiettivi condivisi.

Forlì,/...../.....

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a, _____, nella qualità di interessato, letta l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 GDPR, **autorizzo/do il consenso** al trattamento dei miei dati personali, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa (disponibile anche nel sito <https://www.associazione-amar.org>) e nel rispetto delle disposizioni del GDPR 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/03 nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari.

_____, li _____

L'INTERESSATO
(firma leggibile)
