



HOPITAL ASSISTANCE ITALIA – ONLUS
Dipartimento Toscana 1

Il sottoscritto

Nato ail.....

Indirizzo.....

Cap.....Comune.....

Profes. CF.....

Telefono.....Cell.

E.MAIL.....

Chiede di aderire in qualità di socio

Ordinario euro 50.00 sostenitore euro.....

Data..... Firma.....

Il sottoscritto autorizza Hopital Assistance Italia Onlus a incassare la quota indicata e successivamente ogni anno entro il 10 gennaio ,addebitandola, secondo le norme del servizio RID e fino a revoca della presente,sul proprio c/c :

CC.....CAB..... ABI..... CIN.....

Ist.Bancario / Uff.Post..... Ag. n

Data..... Firma.....

Intestatario del c/c riempire solo se intestato a persona diversa dal socio

Nome..... Cognome.....

Nato a il.....

Indirizzo.....

Data..... Firma.....

I dati personali acquisiti verranno gestiti in conformità alle leggi vigenti sulla privacy

HOPITAL ASSISTANCE ITALIA O.N.L.U.S.
Via G.Milanesi, 14-50100 Firenze Tel. 335 1779043
www.hopitalassistanceitalia
info@hopitalassistanceitalia.it