

DOMANDA DI ADESIONE

Verband Angiodysplasie Schweiz, 9010 St. Gallen

DATI PERSONALI

Cognome, Nome

Via, Numero

CAP, Città

E-mail

Telefono

Data di nascita

TIPO DI ADESIONE

☐ Persona affetta

☐ Familiare / Parente

PATOLOGIA

QUOTA ANNUALE

La quota annuale regolare è di CHF 30. È possibile scegliere una quota più elevata:

☐ CHF 30 (quota minima)

☐ CHF 60 (quota di sostegno)

☐ CHF 100 (quota di promozione)

Si prega di versare l'importo scelto sul seguente conto: Banca Cantonale di San Gallo IBAN: CH90 0078 1629 1025 3200 0

CONFERMA

Con la mia firma dichiaro la mia adesione all'associazione e riconosco lo statuto.

Luogo, Data

Firma

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

I dati personali raccolti sono utilizzati esclusivamente per la gestione dei soci e la comunicazione con l'associazione e non vengono trasmessi a terzi.