

DOMANDA D'AMMISSIONE TRA I SOCI DELL'ASSOCIAZIONE

Il/La sottoscritt_ cognome _____ nome _____

nat__a _____ il _____

codice fiscale _____

domiciliat__ in Via/P.zza _____

cap _____ città _____ Prov, _____

cell. _____ email _____

pec _____

documento di identità _____ n. _____ rilasciato il _____

esercente la potestà genitoriale di _____

nat__a _____ il _____

codice fiscale _____

CONSIDERATO CHE

condivide la finalità specifica dell'Associazione di promuovere e diffondere l'educazione terapeutica con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei bambini/ragazzi affetti da malattia cronica e delle loro famiglie, e intende aderire alle sue iniziative

CHIEDE

di essere ammess__ tra i Soci dell'Associazione in qualità di Socio Ordinario e versa la QUOTA ASSOCIATIVA di € 25,00 (Venticinque/00)

DICHIARA

- di accettare lo Statuto
- di evitare comportamenti od omissioni che in qualsiasi modo ostacolino la realizzazione dei principi e delle finalità dell'Associazione

AUTORIZZA

l'associazione AMBRA Aps al trattamento dei dati personali ai soli fini interni amministrativi ed organizzativi, come da informativa ricevuta.

Data, _____

Firma

Ambra Aps

c/o Ospedale dei Bambini - Via del Medolo 2, 25123 – Brescia

www.ambraaps.it – info@ambraaps.it FB: Ambra Aps

Iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore – Rep. n° 45525

Dona il 5 x mille indicando sulla dichiarazione dei redditi il nostro Codice Fiscale 02485320986. Grazie!

IBAN: Intesa Sanpaolo Spa IT50 X030 6909 6061 0000 0015 162