



CRAL Ospedali Galliera – Genova

Via Mura delle Cappuccine, 14

16128 – Genova

Tel 010 563 2760 / 2761 Fax 01057481209 cral@galliera.it - <http://www.cralgalliera.altervista.org/>

MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto _____

Nato il _____

A _____

Residente in _____ CAP. _____

Via _____

Tel. _____

Professione _____

E-Mail : _____

Chiede alla Segreteria di valutare la propria richiesta di adesione all'Associazione, in qualità di Socio, all'accettazione della richiesta verserà la quota annuale di adesione fissata.

Dichiara di accettare lo statuto dello stesso e gli obblighi che da esso ne derivano. Con l'iscrizione rilascia il benestare per la registrazione dei dati anagrafici nell'archivio dell'Associazione, nel rispetto della legge 675/96 per la comunicazione delle proposte o comunicati vari.

Concedo il trattamento dati personali per attività inerenti al Circolo, secondo le vigenti norme. Autorizzo l'iscrizione alle mail list gestite dal Circolo per le attività principali.

DATA

FIRMA PER ACCETTAZIONE

Mlc apr 09

NB: ritornare firmato in busta chiusa x posta interna o presso il bar o per fax