

TESSERAMENTO 2024



Nome*

Cognome*

Sesso ☐ M ☐ F

Stato di nascita*

Città di nascita*

Provincia di nascita* (.....)

Data di nascita*/...../.....

Codice fiscale

Email**

Cellulare**

Professione

Città di residenza*

Stato di residenza*

Provincia di residenza* (.....)

Indirizzo*

Numero civico* Cap*

Tipo di documento

Numero di documento

Data di rilascio

Data di scadenza

Rilasciato da

...../...../.....

...../...../.....

Circolo territoriale (Non completare se quello di residenza)

Tipo tessera ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Mi sono iscritto perchè

.....

* Obbligatorio ** Per il sostenitore semplice "Tessera A" è sufficiente indicare il cellulare o l'email HO
LETTO E SOTTOSCRIVO IL CODICE ETICO E CHIEDO DI ADERIRE ANTI IMMIGRAZIONE
CLANDESTINA

Data e luogo

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO: il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa e di autorizzare il trattamento dei propri dati **esclusivamente per finalità informative sulle iniziative associative e politiche** attraverso l'invio (email, sms, postale, etc) di materiale illustrativo e di aggiornamento sulle novità e attività di quest'ultimo.

Data e luogo

Firma

Ai fini dell'adesione è necessario apporre entrambe le firme

Tipo tessera

A -Tessera sostenitore	10,00 Euro
B -Tessera Argento	50,00 Euro
C -Tessera Oro	100,00 Euro
D -Tessera Platino	250,00 Euro
C -Tessera Tricolore	500,00 Euro

ESTREMI PER IL VERSAMENTO

OPPURE BONIFICO BANCARIO IBAN: IT52 B360 9201 6006 0454 8017 884

INTESTATO A World Health Academy Publishing House

CAUSALE : ISCRIZIONE 2024 nome e cognome

I versamenti devono essere effettuati esclusivamente da c/c bancari o postali intestati a
persone fisiche

Inviare il documento firmato a : direzione@isdr.it