

**Associazione Cardio Trapiantati Italiani
Sezione Roma-Onlus ETS
Via Monte Forcelletta,11 CAP 00054
Fiumicino Roma
Codice Fiscale 97356970588**



Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e residente in _____ C.A.P. _____ Via _____
Tel. _____ Cell _____ EMAIL _____
Cod. Fisc. _____ nella qualità di _____

(Specificare se: Medico, Paramedico, Tecnico, Cardiotrapiantato, Cardiopatico, Familiare, altro, ecc.)

CHIEDE di essere iscritto all' Associazione A.C.T.I Roma Onlus ETS, accettando lo Statuto.

Per gli scopi associativi, si impegna a versare la quota sotto indicata:

- | | |
|---------------|---|
| A) Euro 30,00 | SOCIO EFFETTIVO |
| B) Euro 50,00 | SOCIO SOSTENITORE (Per attività istituzionali) |
| C) _____ | SOCI ONORARI |
| D) _____ | Per contributo volontario per scopi associativi |

Con osservanza.

Roma, _____ Firma _____

Si da atto di avere ricevuto l'informativa sull'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e consento il loro trattamento per il solo perseguimento degli scopi statuari dell'Associazione.

Roma, _____ Firma _____

La presente richiesta deve essere spedita al Consiglio Direttivo dell'A.C.T.I. all'indirizzo sopraindicato ovvero a mezzo Raccomandata.

Copia della presente richiesta, insieme alla ricevuta del pagamento della quota di iscrizione, dovranno essere spediti via MAIL, all' indirizzo di posta elettronica: actiromaonlus@actiroma.it .

In conformità dell'art. 6 dello Statuto lo stesso Consiglio, entro due mesi dalla data di ricezione della domanda cartacea , darà comunicazione dell'avvenuta accettazione o diniego d'iscrizione all'Associazione