

# Associazione Malati di CFS ONLUS

## RICHIESTA DI ADESIONE

(da restituire firmata ad Associazione Malati di CFS – via Luigi Marangoni, 35 - 27100 Pavia)

### Dati richiedente

COGNOME E NOME	NATO/A IL	LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO	CAP	COMUNE	PROV.
E-MAIL	TELEFONO	CELLULARE	

Chiedo di essere ammesso all'Associazione di malati CFS onlus in qualità di:

- Malato
- Familiare o parente
- Sostenitore

Chi ha rilasciato la diagnosi di CFS e dove? \_\_\_\_\_

### QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE EURO 15

Versamento tramite bollettino di c.c. postale sul **conto Banco Posta Impresa n. 56294259 ABI 07601 CAB 11300** intestato a **Associazione Malati di CFS ONLUS – via Luigi Marangoni 35 – 27100 Pavia** indicando nella causale "quota associativa annuale" nonché il nominativo ed indirizzo di chi versa

**SONO GRADITE DONAZIONI** (detraibili fiscalmente ex lege 460/97)

Ci autorizzi a fornire il tuo nominativo ad altri pazienti per eventuali contatti con altri membri dell'associazione?

Autorizzo a fornire i miei dati  Sì  No

*Sono informato che la presente richiesta di adesione sarà annullata in caso di non veridicità dei dati da me inviati. Dichiaro di condividere le finalità che l'Associazione si propone, confermo di avere preso visione dello "Statuto dell'Associazione" e di accettarlo integralmente. Sono informato – ai sensi della legge 31/12/1996 N° 675 – che i miei dati potranno essere trattati dall'Associazione, al fine di favorire gli scopi e gli obiettivi contemplati nello Statuto della stessa.*

Acconsento all'inserimento dei miei dati  Sì  No

Data

FIRMA del richiedente / del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_