

## MODULO DI ISCRIZIONE 2018

### all'Associazione Lotta al Linfedema Onlus

Compila questo modulo (in stampatello) e consegnalo o invialo (via fax o mail) alla sede dell'Associazione.

Io/La sottoscritto/a

nato/a il  /  a

residente a  CAP

in via / piazza

Tel. fisso  Cellulare

Fax  E-mail

si associa liberamente e volontariamente all'Associazione Lotta al Linfedema Onlus.

Quota annuale: socio ordinario **15 Euro**

Desidero essere informato/a delle attività ed iniziative associative a mezzo:

e-mail  telefono fisso  telefono cellulare

Data  /  /

Firma \_\_\_\_\_

#### CONSENSO

Io sottoscritto/a

autorizzo  / non autorizzo

i rappresentanti dell'Associazione Lotta al Linfedema Onlus a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini del raggiungimento delle finalità statutarie dell'Associazione stessa.

Luogo  Data  /  /

Firma \_\_\_\_\_