Spett.

Associazione Pavese

per la cura del dolore

“Lino Sartori” Onlus

Corso Mazzini, 6

27100 Pavia

Il/la sottoscritto/a:

**Nome e cognome…………………………………………………………**

**Luogo di nascita………………………………………………………….**

**Data di nascita…………………………………………………………….**

**Residenza…………………………………………………………………**

**CAP……………………………………………………………………….**

**Cod. Fiscale……………………………………………………………....**

**Telefono………… ……………………………………………………….**

**E-mail……………………………………………………………………..**

dichiara di voler aderire come socio ordinario alla Vostra Associazione impegnandosi a pagare annualmente la quota sociale di € 30,00.

Distinti saluti

Data Firma

I dati raccolti saranno trattati solamente all'interno dell'Associazione nel rispetto della legge sulla privacy.

Presentato al Consiglio Direttivo del

dai soci