SCHEDA D'ISCRIZIONE

ANNO 2027 TESSERA N. ……

Io sottoscritto/a……

Nato/a a……il……..……..Codice fiscale……..

Residente in ……Prov. ……

Via/corso……Cap……..……

Cellulare……..…… Telefono……..……

Ufficio…… Email……..……

chiedo di associarmi all'Associazione "Centro Buddha della Medicina" accettandone lo Statuto e il Regolamento e sottoscrivendone il tesseramento annuale ordinario di Euro 30,00.

Data…… Firma …….

Mi offro inoltre di aiutare il Centro con un contributo mensile e continuativo per 12 mesi di:

- o Euro 10,00 in qualità di Socio Sostenitore
- o Euro 20,00 in qualità di Socio Garante
- o Euro 35,00 in qualità di Socio Benemerito

Ai sensi della Legge 675/96 autorizzo l'Associazione "Centro Buddha della Medicina" a utilizzare i miei dati personali sopra riportati per gli usi interni e per quanto previsto dalla Legge.

Data……. Firma…….